

23.4 Asparaginase Aktivität

<u>Patient/Etikett</u> Name, Vorname: Straße: PLZ, Ort: Geb. Datum: Geschlecht:	<u>Einsender/Stempel</u>
<u>Versicherungsangaben</u> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> mit Ü-Schein	Tel.: Fax.: Unterschrift:
Abnahme (Datum, Uhrzeit):	<input type="checkbox"/> Infektiös Etikett auf Monovette kleben
Klinisches Bild:	
Hinweis auf allergische Reaktion:	

Serum 0,5 ml				
Versand bei Raumtemperatur innerhalb einer Woche				
	Probenentnahmen		Gabe am Datum	Dosis/qm:
	nach Gabe	Datum		Dosis absolut:
<input type="checkbox"/> Oncaspar® (pegylierte <i>E.coli</i> Asparaginase)	Tag 7 (±1) und Tag 14 (±1)			_____ U/m ² U
<input type="checkbox"/> Enrylaze® (Crisantaspase)	Tag 2			_____ U/m ² U
<input type="checkbox"/> Spectrila® (<i>E. coli</i> Asparaginase)	Tag 3			_____ U/m ² U
<input type="checkbox"/> anderes Asparaginase-Präparat				_____ U/m ² U