

Formular für MEDIKAMENTENANFORDERUNG

VOM ANFORDERNDEN ARZT / ÄRZTIN AUSZUFÜLLEN	BEHANDELNDER ARZT / ÄRZTIN (Stempel): _____ / _____ / _____
	Name: Anschrift: GLN Nr.: _____ Tel-Nr. für Rückfragen: _____
	_____ Unterschrift
	Anschrift Rechnungsadresse (falls anders als Lieferadresse): _____
	Bei einer notwendigen Rechnungskorrektur werden die Mehrkosten mit einer Pauschale in Rechnung gestellt.
	PATIENT: Name/Vorname: _____ <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F Migrationshintergrund: <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja ⇨ Herkunftsland: _____ Geburtsdatum (DD/MM/JJJJ): _____ / _____ / _____ Körpergewicht: _____ kg
INDIKATION / DIAGNOSE: _____	
INFEKTION (VERMUTLICH) ERWORBEN IN: _____	
ANGEFORDERTES MEDIKAMENT: _____	

Hinweis bei der Anforderung von Praziquantel: Bei Patienten mit Migrationshintergrund aus potentiellen Risikogebieten empfehlen wir, vor Praziquantel-Gabe ein serologisches Screening auf das eventuelle Vorhandensein einer Neurozystizerkose durchzuführen (-> Risiko durch Praziquantel-Gabe eine asymptomatische Infektion zu demaskieren = Auslösung eines zerebralen Krampfanfalls) -> Untersuchungsanforderung: "T. solium (Zystizerkose)" -> "AK" via <https://www.swisstph.ch/en/activities/diagnostic-centre/diagnostic-orders/>

Hinweis bei der Anforderung von Primaquin: Primaquineinnahme kann bei G6PD-defizienten Patienten eine hämolytische Krise auslösen! -> Bestimmung des G6PD-Status vor Gabe obligat (Untersuchung wird nicht vom Swiss TPH angeboten).

 **Ausgefülltes Formular bitte via Fax (061-284-8183) oder via Email (tropmed@swisstph.ch) zusenden. Inkomplett ausgefüllte Formulare können nicht bearbeitet werden!**

VOM TROPENINSTITUT AUSZUFÜLLEN	EMPFOHLENE DOSIERUNG / EINNAHME: _____ / _____ / _____
	_____ Unterschrift

