



## Università degli Studi di Torino / ASL TO2

CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE (Direttore Prof. Giovanni Di Perri) - Laboratorio di Farmacologia Clinica e Farmacogenetica  
Padiglione Q, Ospedale "Amedeo di Savoia" C.so Svizzera 164, 10149 Torino; Tel. 011.4393979, Fax: 011.4393882; e-mail: [info@tdm.torino.org](mailto:info@tdm.torino.org);  
Per informazioni specifiche: su i pazienti/antibiotici e-mail: [francescogiuseppe.derosa@unito.it](mailto:francescogiuseppe.derosa@unito.it); sulle modalità di prelievo e-mail: [antonio.davolio@unito.it](mailto:antonio.davolio@unito.it)

### Scheda Accompagnamento Campione

#### 1 2 Contatto e/o Riferimenti per il campione ed i risultati

Indicare la persona a cui, eventualmente, richiedere informazioni aggiuntive riguardo il presente campione/i ed a cui inviare i risultati

Nome/Cognome .....

Reparto/Ospedale .....

Telefono ..... Fax .....

E-mail .....

#### 3 Dati del paziente

ID (anonimo) ..... Peso (kg) ..... Altezza (cm) .....

Data di Nascita ..... Creatininemia (mg%) = .....

Sesso Maschio  Femmina  Epatopatia: BMI.....

SAPS II (Altro).....

#### 4 Terapia antibiotica / antifungina / antivirale e/o farmacologica in corso

Farmaco	Via di sommin.	Dose (mg)	Regime (es. QD, BID, TID)	Data di Inizio (gg/mm/aa)

Note:

#### 5 Altri farmaci assunti dal paziente

#### 6 Ragioni della richiesta del TDM

(selezionare anche più di uno, se applicabile)

- Paziente pediatrico  Monitoraggio  
 Possibile interazione farmacologica  Gravidanza  
 Funzionalità epatica/renale alterata (ulteriori dettagli nei commenti di seguito)  
 Sospetta tossicità (ulteriori dettagli nei commenti di seguito)  
 Studio Clinico - Nome.....  
 Altro (ulteriori dettagli nei commenti di seguito)

#### 7 Microrganismo isolato e Antibiogramma da allegare in fotocopia

Crociare se presente

#### 8 Informazioni del Campione

ID Campione	Liquido biologico	Data del prelievo (gg/mm/aa)	Ora del Prelievo (00:00)

#### 9 Farmaci ed Ultima Dose

Farmaci da dosare	Dose (mg)	Data della Dose (gg/mm/aa)	Ora della Dose (00:00)

#### 10 Cibo

Ora del pasto più vicino all'ultima dose (00:00)

Note:

Provetta Tappo Viola  Per:

#### 11 Qualsiasi altro commento (continuazione dei campi precedenti, se necessario)

Inviare i campioni biologici ed il presente modulo compilato in ogni sua parte all'attenzione di Mauro Sciandra presso:

CLINICA DI MALATTIE INFETTIVE - Laboratorio di Farmacologia Clinica degli Antiretrovirali; Padiglione Q, Ospedale "Amedeo di Savoia", C.so Svizzera 164 - 10149 Torino