Laboratorio di Farmacologia Clinica degli Antiretrovirali	Therapeutic Drug Monitoring	7PG01_6 Rev. 1 Pag. 1 di 1

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;
Per informazioni specifiche:su i pazienti/antibiotici e-mail: francescogiuseppe.derosa@unito.it; sulle modalità di prelievo e-mail: antonio.davolio@unito.it

Scheda Accompagnamento Campione (per TDM Antibiotici/Antifungini)

❶❷ 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 ……

❸ Dati del paziente

ID (anonimo) ……

Data di Nascita ……

Sesso Maschio ☐ Femmina ☐

Peso (kg) …… Altezza (cm) ……

Creatininemia (mg%) = ……

Epatopatia: BMI……

SAPS II (Altro)……

❹ 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:

❺ Altri farmaci assunti dal paziente

❻ 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)*

❼ Microrganismo isolato e Antibiogramma da allegare in fotocopia

Crociare se presente ☐

❽ Informazioni del Campione / ❾ Farmaci ed Ultima Dose / ❿ Cibo

ID Campione	*Liquido biologico*	*Data del prelievo (gg/mm/aa)*	*Ora del Prelievo (00:00)*	*Farmaci da dosare*	*Dose (mg)*	*Data della Dose (gg/mm/aa)*	*Ora della Dose (00:00)*	*Ora del pasto più vicino all'ultima dose (00:00)*

Note:

Provetta Tappo Viola ☐ **Per:**

❿ Qualsiasi altro commento *(continuazione dei campi precedenti, se necessario)*

Si dichiara che il prelievo è stato eseguito, stoccato ed inviato secondo le indicazioni presenti nel sito www.tdm-torino.org: SI ☐ NO ☐

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