



Università degli Studi di Torino / ASL Città di Torino

Clinica delle Malattie Infettive (Direttore Prof. Giovanni Di Perri) – Dipartimento di Scienze Mediche (Direttrice Prof. Anna Sapino)

Laboratorio di Farmacologia Clinica e Farmacogenetica (Responsabile Prof. Antonio D'Avolio)

Padiglione Q, Ospedale "Amedeo di Savoia" C.so Svizzera 164, 10149 Torino;

Tel. Segreteria 011.4393979, Fax: 011.4393882; Tel. Laboratorio: 011.4393867; e-mail: info@tdm-torino.org; web: www.tdm-torino.org

Scheda Accompagnamento Campione (ANTIPERTENSIVI)

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

Sesso Maschio Femmina

Nome e Cognome Peso (kg) Altezza (cm)
 Data di Nascita

4 Terapia ANTIPERTENSIVA in corso (CROCIARE I FARMACI DI CUI SI RICHIEDE IL DOSAGGIO)

| Farmaco | Dose (mg) | n.co/die | Inizio T. (gg/mm/aa) | U.D. (gg/mm/aa) | h U.D. | h pasto vicino U.D. |
|--|-----------|----------|-------------------------|--------------------|--------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amlodipina | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Atenololo | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Clortalidone | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Idroclorotiazide | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ramipril | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Telmisartan | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Olmesartan | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Clonidina | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nifedipina | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Doxazosina | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sacubitril | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Valsartan | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nebivololo | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Indapamide | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Spironolattone (solo urine) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Canrenone (solo urine) | | | | | | |

5 Altri farmaci concomitanti assunti dal paziente

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

6 Allegare approvazione firmata dalla Direzione Sanitaria Crociare se presente

| 7 Informazioni del Campione | | | | 8 Istruzioni | |
|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|
| ID Campione | Liquido biologico | Data del prelievo (gg/mm/aa) | Ora del Prelievo (00:00) | TDM PLASMATICO | TDM URINARIO |
| | <input type="checkbox"/> PLASMA | | | 2 provette da 7 mL "tappo verde LH" | 2 provette da 2 ml di urina SPOT |
| | <input type="checkbox"/> URINE | | | | |

9 Motivazione per cui si richiede il TDM e commenti: (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, con l'apposito sistema DSSD, all'attenzione di Mauro Sciandra presso:
 Laboratorio di Farmacologia Clinica e Farmacogenetica; Padiglione Q, Ospedale "Amedeo di Savoia", C.so Svizzera 164 – 10149 Torino