



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