

Si prega di indicare tutti i dettagli seguenti e di inviare questo modulo unitamente ai campioni al Responsabile Servizi Clienti, all'indirizzo riportato sotto:

INFORMAZIONI SUL CENTRO CLINICO

Cliente numero
 Indirizzo

 CAP

Medico richiedente
 Contatto
 Tel
 Fax
 Email

DETTAGLI DEL PAZIENTE

Ospedale/Clinica numero Iniziali Data nascita Sesso M F Altro

CAMPIONI PRIORITARI

Gravidanza (n. sett. gestazione ___) Bambini (<6 anni) Dialisi Ricovero/ICU Altro

ATTUALE TERAPIA ANTIRETROVIRALE (compreso ritonavir a basse dosi)

Farmaco	Dose (mg)	Frequenza posologica				Data inizio assunzione
		OD	BD uguale	BD diversa	Altro	
		OD	BD uguale	BD diversa	Altro	
		OD	BD uguale	BD diversa	Altro	
		OD	BD uguale	BD diversa	Altro	
		OD	BD uguale	BD diversa	Altro	
		OD	BD uguale	BD diversa	Altro	
		OD	BD uguale	BD diversa	Altro	

MOTIVI PER IL TDM (spuntare tutte le caselle pertinenti)

Gravidanza Paziente pediatrico Possibile interazione farmacologica Sospetta tossicità (indicare dettagli sotto) Alterazione dello stato epatico/renale Sospetto insuccesso Altro (indicare dettagli sotto)

ALTRI MEDICINALI (includere preparati di erboristeria, medicinali da banco, ecc.)

INFORMAZIONI SUL CAMPIONE

ID campione	Tipo campione	Data campione	Orario campione	Farmaco da analizzare	Ore post-assunzione
	PLASMA				
	PLASMA				
	PLASMA				
	PLASMA				
	PLASMA				
	PLASMA				

INFORMAZIONI SUL CAMPIONE

Peso Altezza Carica virale CD4

COMMENTI (campioni prioritari)

COMMENTI (motivi per il TDM)

INDIRIZZO

Delphic Diagnostics, Sample Reception Centre,
 Clinica di Malattie Infettive, Università degli Studi di Torino,
 Padiglione Q, Ospedale Amedeo di Savoia
 Corso Svizzera 164, 10149 Torino

TEL / EMAIL

Tel: 011 3997724
 Email: torino@delphicdiagnostics.com