

AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona
Università degli Studi di Salerno

Prof.ssa Amelia Filippelli
Direttore UOC di Farmacologia Clinica e Farmacogenetica

Prof.ssa Valeria Conti
Resp UOS Farmacogenetica

Richiesta di Consulenza Farmacologica

UOS/UOC_____ **Medico richiedente**_____

e-mail _____

Richiesta (indicare quale farmaco è oggetto della consulenza e altre informazioni cliniche necessarie)

Tipo di consulenza Pre-trattamento ☐ Post-trattamento ☐

Quesito clinico ……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Data _____ Firma_____

Paziente

Cognome _____

Nome _____

Genere _____

Data di nascita ____/____/____

Peso (kg) ____ *Altezza (cm)* ____

Diagnosi _____

Fumatore Si ☐ No ☐

Comorbilità Si ☐ No ☐

Se si, quali: _____

Creatininemia (mg/dL)

☐<0.70 (Maschi)
☐ 0.70-1.40 (Maschi)
☐>1.40 (Maschi)
☐<0.70 (Femmine)
☐0.70-1.20 (Femmine)
☐>1.20 (Femmine)

AST/GOT (U/l) ☐<21 ☐≥ 21

ALT/GPT (U/l) ☐<21 ☐≥ 21

Sono state effettuate analisi farmacologiche (monitoraggio terapeutico, farmacogenetica)?

Si ☐ No ☐

Se si, quali: _____

Farmaci somministrati

Farmaco 1 _____

Schema trattamento _____

Farmaco 2 _____

Schema trattamento _____

Farmaco 3 _____

Schema trattamento _____

Farmaco 4 _____

Schema trattamento _____

Farmaco 5 _____

Schema trattamento _____

Farmaco 6 _____

Schema trattamento _____

Farmaco 7 _____

Schema trattamento _____

Farmaco 8 _____

Schema trattamento _____

OTC e/o terapie complementari* _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

*riportare tipo di farmaco e/o integratore, supplementi ecc. con relativi dosaggi