

CODICE A BARRE DEL PRELIEVO

COGNOME.....

NOME.....

DATA DI NASCITA...../...../..... M......F.

PESO (Kg.).....Altezza (cm.).....

DATA PRELIEVO...../...../.....

REPARTO.....

SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO CAMPIONE PER ANALISI FARMACOCINETICA

MEDICO RICHIEDENTE.....

N° Interno:

e-mail:

RAGIONI DELLA RICHIESTA ANALISI

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paziente pediatrico | <input type="checkbox"/> Monitoraggio |
| <input type="checkbox"/> Possibile interazione farmacologica | <input type="checkbox"/> Gravidanza |
| <input type="checkbox"/> Funzionalità epatica/renale alterata | <input type="checkbox"/> Altro..... |
| <input type="checkbox"/> Sospetta tossicità | |

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (indicare tutti i farmaci assunti dal paziente)

Farmaci	Farmaci
1,	6,
2,	7,
3,	8,
4,	9,
5,	10,

INFORMAZIONI RELATIVE AL/AI FARMACO/I DA DOSARE

Farmaci da dosare	Data prelievo (gg/mm/aa)	Ora prelievo (00:00)	Dose (mg)	Data/ora ultima Dose
1				
2				
3				
4				
5				

TIPO DI CAMPIONAMENTO

- Livello basale (C0) altro (specificare)