

Cod. richiesta:

Modello raccolta dati

Dati anagrafici del paziente:

Nome.....Cognome.....
Data di nascita.....Luogo di nascita.....Prov.....
C.F.....Residente in Via.....
N.....Citta'.....Prov.....Cap.....Telefono.....

Dati del medico richiedente:

Dott./Dott.ssa.....MMG Specialista
Asl di riferimento.....Recapito telefonico.....

Modalità di acquisizione del referto:

- Personalmente presso la SD Monitoraggio Reazioni Avverse ai Farmaci;
 Per posta ordinaria; (indicare di seguito l'indirizzo se diverso dalla residenza)
.....
 Per posta elettronica; (indicare di seguito l'indirizzo e-mail)
.....

Problematica sottoposta:

Specificare il tipo di consulenza richiesta:

- a) consulenza farmacologica standard; (La consulenza farmacologica standard comprende la valutazione delle possibili interazioni tra farmaci, delle possibili reazioni avverse e dell'eventuale interferenza derivante dall'introduzione di nuove terapie.)
b) consulenza farmacologica specifica (barrare i campi d'interesse)
 effetti dei farmaci nei bambini;
 rischi dei farmaci in popolazioni particolarmente fragili (es. pazienti trapiantati, pazienti con insufficienza epatica o renale cronica);
 rischi connessi all'uso di integratori o erbe medicinali;
 effetti di farmaci su gravidanza e allattamento;
 possibili interazioni col cibo;
 altro (specificare).....

Quadro clinico: (specificare patologie concomitanti e allergie)

Esami di laboratorio: (allegare preferibilmente copia dei referti)

Allegato 2 /SOP 02 Consulenza Farmacologica

Inoltare il modulo unitamente alla richiesta (ricetta SSN o modulo Az.) alla SD Monitoraggio reazioni avverse ai farmaci, all'attenzione del Dott. Marco Tuccori (Scuola Medica, Via Roma 55, 56126, Pisa) via fax (050/992071) o e-mail (farmacovigilanza@ao-pisa.toscana.it, m.tuccori@ao-pisa.toscana) o posta o brevi manu.

