

Italian Association of Pharmacogenomics and

Molecular Diagnostics *(IAPharmagen)*

Napoli li [[1]](#footnote-2)

**Scheda di valutazione referenziata delle interazioni farmacologiche su base genomica**.

**Medico Richiedente:** Tel

e-mail

**Cognome:**  **Nome:**

**Data di nascita:**  / / **Luogo di Nascita**

**Peso**  ; **Altezza**  **; Indice di massa Corporea**  **;altro:**

**Etnia**  Caucasica-Europea  Africana  Asiatica Indo-cinese  Altro:

Recapito telefonico: e-mail:

**Quesito Diagnostico:**

**Note cliniche di rilievo:**

**Quadro delle patologie**: ,

Tabella dei farmaci assunti

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Farmaco (molecola)** | **posologia** | **Assunzione**  **Cronica occasionale** | | **note** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Note su abitudini alimentari (solo assunzioni ripetute quotidianamente):

Profilo di tossicità derivante dall’uso di farmaci con somministrazione ciclica (Es. antitumorali)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cycle number** | baseline | | **1** | | **2** | | **3** | | **4** | | **5** | | **6** | |
| **premedication Yes ……………..; No….** | **IT** | **Sy** | **IT** | **Sy** | **IT** | **Sy** | **IT** | **Sy** | **IT** | **Sy** | **IT** | **Sy** | **IT** | **Sy** |
|
|
| Date (mm/dd/yy) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ALLERGY/IMMUNOLOGY** | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergic reaction/hypersensitivity (including drug fever) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NEUROLOGY** | | | | | | | | | | | | | | |
| Confusion, lethargy, headache, dizziness etc |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Neuropathy-sensory (Hypoacusia deafness, etc) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NEUROMUSCOLAR** | | | | | | | | | | | | | | |
| Pain |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **GASTROINTESTINAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| vomiting Constipation Diarrhea |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **INFECTION/FEBRILE NEUTROPENIA** | | | | | | | | | | | | | | |
| Febrile neutropenia (FUO, ANC <1.0 x 109/L, fever > 38.5) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Infection (clinically or microbiologically proven) with G3-4 neutropenia.(ANC<1.0x 109/L) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **METABOLIC/LABORATORY** | | | | | | | | | | | | | | |
| Chemical profile |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enzymatic profile |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Immunological profile |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| others |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CARDIOVASCULAR** | | | | | | | | | | | | | | |
| edema tachicardia Hypotension Hypertension |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RENAL/GENITOURINARY** | | | | | | | | | | | | | | |
| Cystitis, Incontinence, Urinary retenction |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Other: ……….** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data:**  / / **Timbro e** **Firma del Medico richiedente:**

Informativa sulla privacy e Consenso al trattamento dei dati personali:

Ai sensi dell’art. 10 della Legge n. 196 del 30-06-2003 sulla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali; i Suoi dati verranno raccolti ed archiviati elettronicamente ai soli fini analitici. I risultati potrebbero essere utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica, ma la sua identità rimarrà sempre segreta. L’accesso ai Suoi dati sarà protetto dall’analista.

**Data:**  / / **Firma del paziente:**

1. IAPharmagen: Associazione No-profit iscritta al tribunale di Caserta CF 93067350616 [↑](#footnote-ref-2)