
Richiesta di consulto farmacologico/tossicologico clinico

Dati amministrativi:

Motivo: Malattia Infortunio

Il richiedente coincide con il beneficiario della prestazione sì no

Beneficiario:

Cognome: _____ Genere: _____
Nome: _____ Donna Uomo
Data di nascita: _____ Nazionalità: _____
Indirizzo: _____ Località, CAP: _____
Email: _____ Telefono: _____ Cellulare: _____
Cassa malati: _____ N. di assicurato: _____
Assicurazione LAINF: _____ N. di infortunio: _____
Datore di lavoro: _____

Richiedente:

Cognome: _____ Nome: _____
Indirizzo: _____ Località, CAP: _____
Email: _____ Telefono: _____ Cellulare: _____
Richiedo il consulto in qualità di: Medico di famiglia Medico specialista curante Altro _____
Luogo e data: _____ Timbro e firma: _____

Consenso del paziente al rilascio di informazioni / documentazione clinica:

Con la presente acconsento a rilasciare informazioni al mio medico di famiglia: sì no

Informazioni relative al medico di famiglia (nome, cognome, indirizzo): _____

Luogo e data: _____ Firma del paziente: _____

Il costo del consulto dipende dalla sua durata e la relativa fattura verrà emessa secondo tariffario TARMED nei seguenti modi:

- se richiesto da o per un paziente, sarà fatturato alla sua Cassa Malati o all'assicurazione LAINF in caso di infortunio;
- se richiesto da un medico per un paziente auto-pagante, sarà a carico del medico richiedente;
- se richiesto da un paziente auto-pagante, sarà emessa una fattura a suo carico previo pagamento anticipato (Banca dello Stato del Cantone Ticino, 6500 Bellinzona (CH) - Conto: 1060983/001.000.001 - IBAN: CH88007641060983C000C - riferimento. ISFSI);
- se la richiesta non fosse relativa a pazienti, la fattura sarà a carico del richiedente.

Dati clinici:

Urgente: sì no

Quesito clinico:

Allergie/intolleranze note:

Comorbidità/anamnesi patologica:

Terapie farmacologiche e/o fitoterapici assunti:

Prodotto	Dose	Posologia	Introduzione	Sospensione

In caso di necessità utilizzare la tabella allegata.

Consulti farmacologici:

Funzionalità renale: _____ Funzionalità epatica: _____

Peso: _____ Altezza: _____ Genere: Donna Uomo

Gravidanza/allattamento: sì no Data del parto: _____

Consulti tossicologici:

Ultima assunzione: _____ Quantità: _____

Sintomatologia: _____

Gravidanza/allattamento: sì no Data del parto: _____

Qualora possibile si prega di allegare foto (se in possesso) del prodotto assunto con nome e relativa composizione.

Consulti relativi alle vaccinazioni anti-COVID-19:

Professione: _____ Pregresso COVID-19: sì con riscontro diagnostico in data: _____
 no

Descrizione di eventuali effetti collaterali a seguito di pregresse vaccinazioni anti COVID-19:

Specificare → n° di dose: _____ Lotto del vaccino: _____

Latenza e insorgenza degli effetti collaterali: _____ Grave: sì no

Eventuali terapie assunte per gli effetti collaterali: _____

Tali effetti sono già stati segnalati alla Farmacovigilanza o a Swissmedic? sì no

Labor/imaging (allegare copie risultati): sì no

Osservazioni: _____

Allegato:

Prodotto	Dose	Posologia	Introduzione	Sospensione