

Modulo di Richiesta Consulenza Teratologica

Scheda Utente

Data della richiesta di consulenza.....

Dati del paziente:

Cognome e Nome.....

Data e Luogo di nascita.....

Residenza Via/Piazza.....

Comune.....Prov.....Cell.....

Malattie croniche.....

Attività lavorativa.....

Altro (es. abitudini voluttuarie).....

Firma del soggetto esposto o della partner.....

Dati Gravidanza

Data u.m (anamn).....Data u.m. (ecogr)

Riferimenti del medico richiedente

Nome e Cognome+timbro

Struttura di appartenenza (Reparto, Consultorio).....

Numero di Tel (preferibile N. di cell)

Numero di Fax

Indirizzo di posta elettronica

Si prega di compilare il presente modulo in **tutte** le sue parti e **in maniera leggibile**. L'assenza delle **informazioni richieste potrebbe compromettere il corretto espletamento della consulenza teratologica**. Le risposte di consulenze **vengono inviate via fax entro 5 gg lavorativi** al suddetto numero. In accordo con la vigente normativa il medico è garante del rispetto della privacy. In caso di mancato ricevimento di risposta entro 5 gg lavorativi si prega di ricontattare il Servizio.

Informazioni relative all'assunzione di Farmaci, Sostanze voluttuarie, Vaccini e alla esposizione a radiazioni ionizzanti

Utente.....

Farmaci¹

Nome commerciale	Principio attivo	Dal	Al	Posologia	Via di somministrazione					
					OS	IM	EV	SC	AE	TOPIC
.....	•	•	•	•	•	•
.....	•	•	•	•	•	•
.....	•	•	•	•	•	•
.....	•	•	•	•	•	•
.....	•	•	•	•	•	•
.....	•	•	•	•	•	•
.....	•	•	•	•	•	•
.....	•	•	•	•	•	•

Vaccini

Nome commerciale	Per la prevenzione di	Dal	Al	Via di somministrazione					
				OS	IM	EV	SC	AE	ALTRO
.....	•	•	•	•	•	•
.....	•	•	•	•	•	•
.....	•	•	•	•	•	•

Radiazioni Ionizzanti²

Esposizione diagnostica/terapeutica	Dal	Al
.....
.....

¹Lo schema può essere utilizzato anche per esposizione a droghe o alcolici

²Per le radiazioni ionizzanti è necessario allegare alla presente richiesta anche una valutazione della dose assorbita embrionale (per esposizioni in gravidanza) o gonadi (preconcezionale) da richiedersi alla Fisica Sanitaria competente (presso la sede ove è avvenuta l'esposizione ovvero competente su base provinciale)