

Modulo di Richiesta Consulenza Teratologica

Scheda Utente

Data della richiesta di consulenza.....

Cognome e Nome.....

Data e Luogo di nascita.....

Residenza Via/Piazza.....

Comune.....Prov.....

Tel.....Cell.....

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

Malattie croniche.....

Attività lavorativa.....

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

.....

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

Firma/timbro del medico richiedente.....

Numero di Tel del medico richiedente.....

Numero di Fax del medico richiedente.....

La raccolta di questi dati è indispensabile all'esecuzione di una corretta consulenza teratologica
Le risposte di consulenze vengono inviate via fax entro 4 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 4 gg lavorativi si prega di ricontattare il Servizio.

Informazioni relative all'assunzione di Farmaci, Radiazioni, Vaccini

Utente.....

Farmaci¹

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

Radiazioni²

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

Vaccini

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

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

²Per le radiazioni è necessario provvedersi di una dose assorbita embrionale (per esposizioni in gravidanza) o gonadi (preconcezionale) da richiedersi al Servizio di Fisica Sanitaria competente (che può essere o la struttura presente presso la sede ove è avvenuta l'esposizione o la struttura competente di riferimento su base provinciale)