

# POLICLINICO DI SANT'ORSOLA

Dipartimento delle Insufficienze d'organo e dei trapianti  
Unità Operativa Malattie Infettive

## Procedura per effettuazione TDM con Consulenza farmacologico-clinica presso

### Unità di Farmacologia Clinica - IRCCS, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

A seconda delle proprie esigenze, scegliere:

#### Modalità 1 - richiesta di TDM + consulenza farmacologico-clinica dei seguenti farmaci:

*cefiderocol, ceftazidime/avibactam, ceftolozane/tazobactam, ceftobiprole, dalbavancina, fosfomicina, meropenem/vaborbactam*

##### Materiale da inviare:

Campione (sierato e in ghiaccio secco) + Modulo 1 + Modulo 2

##### Recapito:

Inviare tutto il materiale all'attenzione del dr. Pier Giorgio Cojutti / dr. Milo Gatti, U.O. Malattie Infettive, Pad. 6, terzo piano, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di S.Orsola, Via Massarenti 9, 40138 Bologna.

#### Modalità 2 - richiesta di TDM + consulenza farmacologico-clinica dei seguenti farmaci:

*ampicillina, daptomicina, piperacillina/tazobactam, meropenem, ceftazidime, cefepime, linezolid, rifampicina, isoniazide, etambutolo, pirazinamide, fluconazolo, voriconazolo, posaconazolo, isavuconazolo, acyclovir, ganciclovir, levofloxacin, ciprofloxacin*

##### Materiale da inviare:

Campione (sierato e in ghiaccio secco) + Modulo 1 + Modulo 2 + Modulo 3 + Autorizzazione Direzione Sanitaria

##### Recapito:

- Inviare il campione + Modulo 3 + Autorizzazione della propria Direzione Sanitaria all'attenzione della dr. Stefania Ramirez, Ospedale Maggiore, LUM - Palazzina L, Chimica Speciale, Largo Nigrisoli 2, Bologna
- Inviare Modulo 1 + Modulo 2 via e-mail all'indirizzo [piergiorgio.cojutti@unibo.it](mailto:piergiorgio.cojutti@unibo.it) e [milo.gatti2@unibo.it](mailto:milo.gatti2@unibo.it)

#### Modalità 3 - richiesta di sola consulenza farmacologico-clinica

##### Materiale da inviare:

Modulo 1 + Modulo 2

##### Recapito:

Inviare Modulo 1 + Modulo 2 via e-mail all'indirizzo [piergiorgio.cojutti@unibo.it](mailto:piergiorgio.cojutti@unibo.it) e [milo.gatti2@unibo.it](mailto:milo.gatti2@unibo.it)

Unità Operativa Farmacologia Clinica  
Direttore Prof. Federico Pea  
Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna  
T. +39.051.214.3627

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
Via Albertoni, 15 - 40138 Bologna  
T. +39.051.214.1111 - F. +39.051.636.1202  
Cod. Fisc. 92038610371



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

# MODULO 1

## RICHIESTA DI PRESTAZIONI DI FARMACOLOGIA CLINICA OCCASIONALE

(per strutture in convenzione)\*

Ai sensi dell'art. 15 della L 241/90

CARTA INTESTATA STRUTTURA RICHIEDENTE

(o timbro struttura)

ALL' IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA  
DI BOLOGNA - POLICLINICO S.ORSOLA

Al Direttore UOC Prof. Federico Pea

OGGETTO: Richiesta prestazioni specialistiche di farmacologia clinica per

---

---

---

Il sottoscritto ..... in qualità di dirigente medico in servizio presso l'Azienda..... di .....

richiede:

le seguenti prestazioni specialistiche sanitarie **extemporanee**, per le esigenze connesse all'attività assistenziale per pazienti in cura presso l'ospedale scrivente (ricoverati o ambulatoriali), attualmente non eseguibili in house, al fine di verificare l'appropriatezza della somministrazione della terapia antibiotica.

Le prestazioni sono da effettuarsi da parte della U.O. di Farmacologia Clinica diretta dal Prof. Federico PEA, durante il normale orario di servizio, nel rispetto dei volumi di attività aziendali dell'IRCCS - AOU BO e nel numero previsto di prestazioni sotto specificate e relative tariffe:

n.\_\_\_\_ TDM degli antimicrobici (tariffa € 60/cadauna)

n.\_\_\_\_ Consulenza di interpretazione esperta dei risultati della TDM degli antimicrobici per consentire una personalizzazione della terapia quale "second opinion" (tariffa € 50/cadauna)

L'azienda richiedente dichiara di impegnarsi al pagamento delle prestazioni suddette, al ricevimento della fattura elettronica che dovrà essere intestata all'Azienda medesima.

La copertura assicurativa per Responsabilità Civile verso terzi nell'espletamento dell'attività suddetta è a carico dell'Azienda richiedente la prestazione.

Data e Firma

.....

\*in caso di richiesta una tantum (strutture non in convenzione) è necessario allegare anche Autorizzazione della propria Direzione Sanitaria all'esecuzione di analisi e consulenza esterne

## MODULO 2

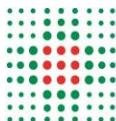
### SCHEDA RACCOLTA DATI CLINICI PER CONSULENZA FARMACOLOGICO-CLINICA

<b>Centro Richiedente</b>	
<b>Nome e Cognome paziente</b>	
<b>Data di nascita</b>	
<b>Età</b>	
<b>Peso</b>	
<b>Altezza</b>	
<b>Diagnosi</b>	
<b>Isolato</b>	
<b>MIC</b>	
<b>Farmaco</b>	
<b>Data inizio terapia</b>	
<b>Dose totale giornaliera, timing delle dosi e frazionamento</b>	
<b>Data e ora prelievo TDM</b>	
<b>Creatininemia</b> (più recente)	
<b>Albuminemia</b> (più recente)	
<b>PCR</b> (più recente)	
<b>PCT</b> (più recente)	
<b>Outcome clinico</b>	
<b>ADRs</b>	
<b>Note</b>	
<b>Indirizzo e-mail a cui inviare il referto</b>	

NB: I campioni sono da inviare già sierati in cryovial e conservati in ghiaccio secco. Per le modalità di prelievo si raccomanda di effettuare il prelievo pre-dose (da eseguire 5 minuti prima della dose assunta) e, per i farmaci che lo richiedono (fluorochinoloni, daptomicina e antituberculari), anche il prelievo post-dose (da eseguire a fine infusione o dopo 2 ore dalla somministrazione per via orale).

# MODULO 3

## SCHEDA DI RICHIESTA PRESTAZIONE TDM PRESSO LABORATORIO UNICO METROPOLITANO (LUM)



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna**

**Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**

**Dipartimento Servizi**  
Area Dipartimentale Patologia Clinica e Dietologia

UOC Laboratorio Unico Metropolitano

### SPEDIZIONE CAMPIONE BIOLOGICO per TDM (*Therapeutic Drug Monitoring*) mediante LC-MS/MS

#### Insieme al campione inviare:

- autorizzazione Direzione Sanitaria per esami esterni
- dati anagrafici del paziente (compreso il codice fiscale)
- indicazione del farmaco da dosare e scheda anamnestica TDM (allegata)
- indicazione del numero di fax a cui inviare il referto.

**Prelievo:** provetta con “clot activator”, senza gel (le analisi vengono comunemente eseguite su siero, in alternativa si può utilizzare provetta contenente EDTA, tipo da emocromo).

Il campione è stabile per un giorno a 4°C (può essere mantenuto in frigorifero).

Se si prevede di inviarlo dopo giorni dal prelievo, è necessario centrifugare a 3000 rpm, sierare e congelare il siero a -20°C, inviandolo poi in ghiaccio.

#### Indirizzo di invio:

**Ospedale Maggiore  
LUM – Palazzina L  
Chimica Speciale  
Largo Nigrisoli, 2  
Bologna**

Informazioni tecniche: lab Chimica Speciale (051 6478464)

Dott.ssa Stefania Ramirez, Dott. Eric Ramazzotti, Dott.ssa Margherita Scapaticci

Informazioni amministrative: segreteria LUM (051 6472919), [amministrativum@ausl.bologna.it](mailto:amministrativum@ausl.bologna.it)

#### FARMACI DOSATI

ANTIBIOTICI	ANTIMICOTICI	ANTIVIRALI	ANTIRETROVIRALI	ANTIEPILETTICI	NEUROLETTICI
Ampicillina/Sulbac tam	5-Flucitosina	Acyclovir	Amprenavir	Brivaracetam	Aloperidolo
Cefepime	Fluconazolo	Ganciclovir	Atazanavir	Etosuccimide	Aripiprazolo
Ceftazidime	Isavuconazolo	Ribavirina	Darunavir	Felbamato	Clozapina
Ciprofloxacina	Itraconazolo/ OH-Itraconazolo		Efavirenz	Gabapentin	Olanzapina
Daptomicina	Posaconazolo		Etravirina	Lacosamide	Quetiapina
Levofloxacina	Voriconazolo		Elvitegravir	Lamotrigina	9OHRisperidone
Linezolid			Emtricitabina	Levetiracetam	Risperidone
Meropenem			Indinavir	OH-carbazepina	
Piperacillina/ Tazobactam			Lopinavir	PEMA	<b>ANTIARITMICI</b>
Isoniazide			Maraviroc	Perampanel	Flecainide
Rifampicina			Nelfinavir	Pregabalin	
Etambutolo			Nevirapine	Primidone	
Pirazinamide			Raltegravir	Rufinamide	<b>IMMUNOSOPPRESSORI</b>
			Ritonavir	Stiripentolo	Ciclosporina
			Rilpivirina	Sultiamide	Tacrolimus
			Saquinavir	Tiagabina	Sirolimus
			Tipranavir	Vigabatrin	Everolimus
				Zonisamide	

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p><b>Istituto delle Scienze Neurologiche</b> <b>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</b></p>
<p><b>SCHEDA ANAMNESTICA</b> <b>TDM</b></p>	<p><b>CHIMICA SPECIALE</b> <b>LUM</b> Allegato a <i>UOC LUM OM</i> <i>IO 01 CdR 5721</i></p>

***La scheda deve essere compilata dal paziente o dal medico richiedente***

## RICHIESTA DI MONITORAGGIO TERAPEUTICO DEI FARMACI PRESSO LUM

## Dati paziente

cognome..... nome.....  
C.F. ..... nato il ..../..../.... a .....

## **Istruzioni per la compilazione:**

(compilare in stampatello)

- 1) indicare l'identificativo del campione (ID provetta)
  - 2) indicare il nome del farmaco da analizzare per ciascun campione (es. CARBAMAZEPINA)
  - 3) indicare la dose assunta (ed.200 mg x 2)
  - 4) indicare data/ora dell'ultima assunzione (ed. 1/9/2018 ore 20)

**consegnare il modulo compilato e firmato al momento del prelievo**

In caso di difficoltà nella compilazione del presente modulo, rivolgersi al Medico richiedente

## DATA

FIRMA

... / ..... / .....

.....