



S. C. ANALISI CLINICHE  
Direttore Dr Massimo Di Benedetto

**MODULO RICHIESTA  
SOSTANZE D'ABUSO e/o ETANOLEMIA  
A SCOPO MEDICO LEGALE O  
DIAGNOSTICO TERAPEUTICO**

Allegato 1 IOP 11

Rev. 12 del 03/09/2021

Pagina 1

**COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE IN TUTTE LE SUE PARTI:**

**Cognome e Nome del paziente:** \_\_\_\_\_

Data di nascita (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Identificazione del paziente: \_\_\_\_\_

Doc \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- ACCONSENTO     NON ACCONSENTO    ALL'EFFETTUAZIONE DEGLI ACCERTAMENTI  
 ACCONSENTO     NON ACCONSENTO    A FARMI ASSISTERE DA UN DIFENSORE PURCHÈ PRONTAMENTE REPERIBILE.

**Firma del paziente** \_\_\_\_\_

**Il paziente non è in grado di fornire il proprio consenso per i seguenti motivi:** \_\_\_\_\_

**Solo ed esclusivamente nel caso in cui il paziente sia minorenne:**

Firma di un genitore (o di chi esercita la patria potestà) \_\_\_\_\_

Doc \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Data della raccolta** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

Luogo della raccolta \_\_\_\_\_

**Esecutore del prelievo** a garanzia dell' idoneità del campione e della sua custodia fino al momento del trasporto:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_

**URGENZA**     **ROUTINE**

<input type="checkbox"/> <b>SCOPO MEDICO LEGALE</b>	<input type="checkbox"/> Urina per sostanze d'abuso 3 provette	<input type="checkbox"/> Sangue per sostanze d'abuso 2 provette <i>tappo grigio anello bianco 2 mL</i>	<input type="checkbox"/> Sangue per etanolemia 2 provette <i>tappo grigio anello bianco 2 mL</i>
---	---	---	---

<input type="checkbox"/> <b>SCOPO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO</b>	<input type="checkbox"/> Urina per sostanze d'abuso 1 provetta	<input type="checkbox"/> Sangue per etanolemia 1 provetta <i>tappo grigio anello bianco 2 mL</i>	
---	---	---	--

**SOSTANZE RICERCATE:**

- ECSTASY     ETANOLO  
 AMFETAMINE  
 BENZODIAZEPINE  
 BARBITURICI  
 CANNABINOIDI  
 COCAINA  
 METADONE  
 OPIACEI  
 BUPRENORFINA

SPAZIO PER L'ETICHETTA

**Notizie cliniche e terapie già effettuate o in corso:**

**Medico Richiedente** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Per presa visione dell' idoneità del materiale/completezza della documentazione:  
**Operatore della SC Analisi Cliniche** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_