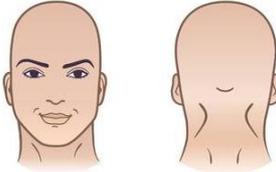


**FORMULARIO DI RICHIESTA DI ANALISI:
 CAMPIONI DI CAPELLI**

Ricevuto il:

Codice IACT:

| Dati personali | |
|--|--|
| COGNOME | |
| Nome | |
| Data di nascita | |
| Sesso | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Documento ID / Numero | |
| Indirizzo del richiedente e persona di riferimento | |
| Fatturazione: <input type="checkbox"/> richiedente <input type="checkbox"/> utente* <input type="checkbox"/> altro* _____ | *Indirizzo di fatturazione se diverso dal richiedente: |
| Prelievo campioni e conservazione | |
| Sito di prelievo (specificare) |  |
| Colore capelli | <input type="checkbox"/> biondo <input type="checkbox"/> castano <input type="checkbox"/> nero <input type="checkbox"/> grigio <input type="checkbox"/> _____ |
| Lunghezza totale capelli in cm | |
| Analisi: Finestra temporale (max 6 mesi) [1 cm = 1 mese] | <input type="checkbox"/> 3 mesi; <input type="checkbox"/> 6 mesi; <input type="checkbox"/> _____ |
| Trattamenti cosmetici, manipolazioni particolari | <input type="checkbox"/> tinta <input type="checkbox"/> stiratura <input type="checkbox"/> _____ |

| | |
|---|---|
| Luogo del prelievo | |
| Data e ora prelievo | |
| Nome e cognome della persona che esegue il prelievo | |
| Laboratorio di analisi | IACT Olivone |
| Motivo del prelievo, descrizione del caso | <input type="checkbox"/> Verifica idoneità alla guida <input type="checkbox"/> Verifica astinenza sostanze stupefacenti <input type="checkbox"/> Verifica astinenza alcol etilico <input type="checkbox"/> Altro: |
| Sostanze da analizzare nei capelli | <input type="checkbox"/> Etilglucuronide (marcatore abuso etanolo) <input type="checkbox"/> Dosaggio droghe d'abuso: (opiacei, cocaina, amfetamine, metadone) <input type="checkbox"/> Dosaggio THC (cannabis) <input type="checkbox"/> Benzodiazepine / ipnotici <input type="checkbox"/> altro: _____ |
| Medicamenti, sostanze stupefacenti assunti nella finestra temporale di interesse | |
| Osservazioni | |
| <p><i>Apponendo la firma, l'esaminato conferma la correttezza dei dati specificati sopra ed esplicita il suo consenso alla trasmissione del campione al laboratorio di analisi (IACT) e al trattamento dei suoi dati personali conformemente alla legge sulla protezione dei dati (LPD), con il solo scopo di gestire la pratica delle analisi.</i></p> | |

Firma del soggetto esaminato:

Firma di chi esegue il prelievo:

Da spedire a:

Istituto Alpino di Chimica e di Tossicologia (IACT), CP 147, CH-6718 Olivone

GEN20/7C/2.4 (2025)