

FORMULARIO RICHIESTA DI ANALISI

Richiedente:

Persona di riferimento: _____

Indirizzo di fatturazione: _____

Ricevuto il: _____

Codice IACT: _____

Concerne:
 COGNOME: _____
 Nome: _____
 Sesso: M F
 Data di nascita (g/m/a): _____
 Vostro riferimento: _____

Osservazioni / medicinali assunti: _____

1. Informazioni sul prelievo: DATA: _____ **ORA:** _____

2. Campioni sottoposti ad analisi e analisi richieste

	Urina <i>(min. 10 mL)</i> Quantità: _____ mL	<input type="checkbox"/> Sangue Quantità: _____ mL <input type="checkbox"/> Siero Quantità: _____ mL <input type="checkbox"/> Plasma Quantità: _____ mL <i>(min. 5 mL)</i>	DBS Dried blood spot <i>(min 2 spots)</i>
Analisi qualitative <i>(presenza/assenza)</i>	<input type="checkbox"/> screening	<input type="checkbox"/> screening	<input type="checkbox"/> screening _____ spots <i>(THC escluso)</i>
Sostanze comprese nello screening	Cannabis (THC, CBD, CBN), cocaina, amfetamine, oppiacei, metadone, benzodiazepine, neurolettici, antidepressivi. <i>Per altri medicinali fare richiesta specifica nelle osservazioni/richieste.</i>		
Analisi quantitative <i>(dosaggio)</i>	<input type="checkbox"/> cannabis (THC) <input type="checkbox"/> cocaina <input type="checkbox"/> amfetamine <input type="checkbox"/> oppiacei (morfina, codeina, eroina) <input type="checkbox"/> metadone <input type="checkbox"/> etilglucuronide <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> cannabis (THC) <input type="checkbox"/> cocaina <input type="checkbox"/> amfetamine <input type="checkbox"/> oppiacei (morfina, codeina, eroina) <input type="checkbox"/> metadone <input type="checkbox"/> benzodiazepine <input type="checkbox"/> etilglucuronide (marcatore abuso alcol) <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> PEth (fosfatidiletanolo) _____ spots Marcatore abuso di alcol [solo con kit HemaXis™ DB10]

3. Autorizzazione al trattamento dei campioni e dei dati

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.

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