

FORMULARIO RICHIESTA DI ANALISI

Ricevuto il: _____

Codice IACT: _____

Richiedente: _____

 Persona di riferimento: _____

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

Osservazioni/Richieste: _____

Medicamenti prescritti: _____

1. Informazioni sul prelievo

DATA: _____ ORA: _____

2. Campioni sottoposti ad analisi e analisi richieste

	Urina <i>(min. 10 mL)</i>	Sangue / Siero / Plasma <i>(min. 5 mL)</i>	Dried blood spot (DBS) <i>(min 2 spots)</i>
Quantità:	_____ mL	_____ mL	_____ spots
Analisi Qualitative	<input type="checkbox"/> screening	<input type="checkbox"/> screening	<input type="checkbox"/> screening (senza THC)
Analisi Quantitative	<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"/> 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) Marcatore abuso di alcol