

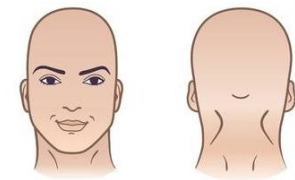
Incollare qui codice analisi IACT

Istituto Alpino di Chimica e di Tossicologia (IACT)



ISO/EIC 17025 STS 0563

FORMULARIO DI CONSENSO AL PRELIEVO DI CAMPIONI: CAPELLI e/o URINA

Dati personali	
COGNOME	
Nome	
Data di nascita	
Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Documento ID / Numero	
Committente	<input type="checkbox"/> Sezione della Circolazione <input type="checkbox"/> IQ Center _____ <input type="checkbox"/> _____
Prelievo campioni e conservazione	
Sito di prelievo (specificare)	
Colore capelli	
Lunghezza totale capelli in cm	
Analisi: Finestra temporale (max 6 mesi)	
Trattamenti cosmetici, manipolazioni particolari	
Urina (quantità in mL)	

Luogo, data, ora prelievo	<input type="checkbox"/> Olivone <input type="checkbox"/> _____
Persona che esegue il prelievo	<input type="checkbox"/> N. Mottini <input type="checkbox"/> M.T. Pinorini <input type="checkbox"/> _____
Istituto, Laboratorio, Servizio	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"/> Altro:
Sostanze da analizzare capelli	<input type="checkbox"/> Etilglucuronide (marcatore abuso etanolo) <input type="checkbox"/> Screening droghe d'abuso (senza THC) <input type="checkbox"/> Dosaggio oppiacei <input type="checkbox"/> Dosaggio cocaina <input type="checkbox"/> Dosaggio amfetamine <input type="checkbox"/> Dosaggio metadone <input type="checkbox"/> Dosaggio THC <input type="checkbox"/> Benzodiazepine/ipnotici <input type="checkbox"/> Altro:
Sostanze da analizzare urina:	<input type="checkbox"/> Screening completo <input type="checkbox"/> Solo THC <input type="checkbox"/> Altro:
Medicamenti, sostanze stupefacenti assunti nella finestra temporale di interesse	
Osservazioni	

Firma del soggetto esaminato:

Firma di chi esegue il prelievo:
