

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: _____

Terapia / Medicamenti: _____

1. Informazioni sul prelievo

DATA del prelievo: _____

ORA del prelievo: _____

2. Campioni sottoposti ad analisi e analisi richieste

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urina (min. 10 mL) | quantità prelevata: _____ mL |
| <input type="checkbox"/> Sangue (min. 5 mL) | quantità prelevata: _____ mL |
| <input type="checkbox"/> Siero (min. 3 mL) | quantità prelevata: _____ mL |
| <input type="checkbox"/> Plasma (min. 3 mL) | quantità prelevata: _____ mL |
| <input type="checkbox"/> Dried blood spot (DBS) | quantità prelevata: _____ spots |
| <input type="checkbox"/> Altro: _____ | quantità prelevata: _____ |

Analisi qualitative (screening - presenza o assenza sostanze)

Ev. richieste specifiche: _____

Analisi quantitative (dosaggio - concentrazione sostanze)

cannabis (THC)

cocaina

amfetamine

oppiacei (morfina, codeina, eroina)

metadone

benzodiazepine

altro (specificare): (Etilglucuronide, antidepressivi,..) _____