

Ricevuto il :

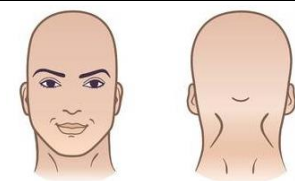
Codice  
IACT



ISO/EIC 17025 STS 0563

**Istituto Alpino di Chimica e di Tossicologia (IACT)**

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

Dati personali	
<b>COGNOME</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Data di nascita</b>	
<b>Sesso</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<b>Documento ID / Numero</b>	
<b>Codice dossier richiedente</b>	
<b>Richiedente</b>	
<b>Persona di riferimento</b>	
Prelievo campioni e conservazione	
<b>Sito di prelievo (specificare)</b>	
<b>Colore capelli</b>	
<b>Lunghezza totale capelli in cm</b>	
<b>Analisi: Finestra temporale (max 6 mesi)</b> [1 cm = 1 mese]	
<b>Trattamenti cosmetici, manipolazioni particolari</b>	

<b>Luogo del prelievo</b>	
<b>Data e ora prelievo</b>	
<b>Persona che esegue il prelievo</b>	
<b>Laboratorio di analisi</b>	<b>IACT Olivone</b>
<b>Motivo del prelievo, descrizione del caso</b>	
<b>Sostanze da analizzare nei capelli</b>	<input type="checkbox"/> <b>Etilglucuronide</b> (marcatore abuso etanolo) <input type="checkbox"/> <b>Dosaggio droghe d'abuso:</b> (oppiacei, cocaina, amfetamine, metadone) <input type="checkbox"/> <b>Dosaggio THC</b> (cannabis) <input type="checkbox"/> <b>Benzodiazepine / ipnotici</b> <input type="checkbox"/> <b>altro:</b> _____
<b>Medicamenti, sostanze stupefacenti assunti nella finestra temporale di interesse</b>	
<b>Osservazioni</b>	

**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  
 Tel. +41 91 872 21 68; Fax +41 91 872 21 70; www.fasv.ch; E-mail: iact@fasv.ch

GEN20/7C/2.1