

CONTRATTO CON IL CLIENTE
SOSTANZE D'ABUSO

rev. 0.1 13 11 2023

Contratto tra Cliente e LSP	LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA Via Messina 106 – 94100 ENNA Tel 0935 520655-603 Fax 0935 520606 e-mail: laboratoriosanitapubblica@asp.enna.it	CLIENTE
Contratto N. _____ Del ____/____/____		Dati identificativi: _____ Indirizzo: Tel. Fax E.mail

ELENCO PROVE

- Per il I Livello (Det. in Chemiluminescenza)**
 - Matrice urinaria*
Fentanil, Abpinaca (droga degli Zombie), Etilglucuronide, Metamfetamine, Barbiturici, Benzodiazepine1 (oxazepam, alprazolam, diazepam, alfaidrossialprazolam, estazolam, prazepam, nordiazepam, temazepam, midazolam, triazolam, clobazam, 2-Ohetilflurazepam, flurazepam, nitrazepam, medazepam, lorazepam, clordiazepoxide, bromazepam, n-desmetilflunitrazepam, clonazepam, 7-amminonitrazepam, lorazepam glucuronide), Benzodiazepine2 (lorazepam, oxazepam, clonazepam, lorezepam glucuronide, nordiazepam, N-desmetilflunitrazepam, alprazolam, oxazepam glucuronide, flurazepam), Metadone, Oppiacei, Creatinina, Benzoilecgonina, Ossicodone, Tramadol, Tetraidrocannabinolo, Triciclici Antidepressivi (TCA), Amfetamine, Buprenorfina, Eroina (6-Mam), JWH-018 (cannabinoide sintetico), AlphaPVP (FLAKKA), UR144 (cannabinoide sintetico)
 - Matrice Sangue*
Fentanil, Abpinaca (droga degli Zombie), Etilglucuronide, Metamfetamine, Barbiturici, Benzodiazepine (oxazepam, alprazolam, estazolam, nordiazepam, diazepam, oxazepam glucuronide, midazolam, clobazam, bromazepam, temazepam, temazepam glucuronide, clordiazepoxide, alfa-idrossialpazolam, n-desmetilflunitrazepam, nitrazepam, phenazepam, triazolam, lorazepam, lorazepam glucuronide, flunitrazepam, medazepam, lormetazepam, clonazepam, prazepam, 2OHetilflurazepam, flurazepam, etizolam, 7-amminonitrazepam, 7-amminoclonazepam), Abchiminaca, Metadone, Oppiacei, Fenciclidina (PCP), Benzoilecgonina, Ossicodone, Tramadol, Tetraidrocannabinolo, Triciclici Antidepressivi (TCA), Amfetamine, Buprenorfina, Eroina (6-Mam), Pregabalin, AlphaPVP (FLAKKA).
- Per il II Livello (Det. in GC/MS e LC/MS)**
 - Matrice urinaria*
Amfetamine (3,4-MDMA(Ecstasy), 3,4-MDA, 3,4-MDE, Amfetamina, Metamfetamina, Efedrina, Pseudoefedrina, Norpseudoefedrina e MBDB), Norbuprenorfina, Oppiacei (Morfina, Codeina, Diidrocodeina, Etilmorfina, 6-Monoacetilmorfina), Benzoilecgonina e Cocaetilene, Delta9-tetraidrocannabinolo- COOH, Metadone ed EDDP Etilglucuronide
 - Matrice Sangue*
Sostanze d'abuso basiche (Morfina, Codeina, 6-MAM, Cocaina, BEG, Cocaetilene, Ecgonina metil-estere, Metadone, EDDP, Buprenorfina, Norbuprenorfina); Amfetamine (3,4-MDA, 3,4-MDE, 3,4-MDMA, Amfetamina, Metamfetamina, MBDB); Cannabinoidi (Delta-9-THC, Delta-9-THC-COOH, 11-OH-THC); Benzodiazepine sieriche (bromazepam, lorazepam, clonazepam, flunitrazepam, clordemetildiazepam, nordiazepam, clobazam, diazepam, midazolam, nitrazepam, oxazepam, flurazepam, triazolam)
- Altre determinazioni in GC/MS e in LC/MS**
 - Alcol Etilico su sangue intero
 - CDT Test su siero
 - Sostanze d'Abuso in matrice cheratinica: Morfina, Codeina, 6-MAM, Cocaina, Benzoilecgonina, Ecgonina Metil Estere, Cocaetilene, Metadone, EDDP, Buprenorfina, Amfetamina, Metamfetamina, 3,4-MDA, 3,4-MDE, 3,4-MDMA, MBDB; Delta-9-THC, Etilglucuronide
 - Sostanze d'abuso in matrice salivare: eroina (6-MAM), Cocaina, Benzoilecgonina, Buprenorfina, delta-9-THC, Morfina, Codeina, Amfetamina, Metamfetamina, MDA, MDE, MDMA, Metadone, EDDP, MBDB, Cocaetilene, Ketamina,



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867
CONTRATTO CON IL CLIENTE
SOSTANZE D'ABUSO

rev. 0.1 13 11 2023

PARTI DI PROVE CHE NON VENGONO EFFETTUATE DAL LABORATORIO	
TEMPI DI CONSEGNA E/O RISPOSTA	10 giorni lavorativi
TEMPI DI CONSERVAZIONE DOCUMENTAZIONE	10 anni
PER PRESTAZIONI A PAGAMENTO (i costi vengono desunti dal tariffario regionale)	Prove richieste: Codice CUP _____

Da compilare e inviare qualora subentri la necessità di comunicare variazioni del presente contratto da parte del LSP

Notifica di variazione del presente contratto	In relazione al presente contratto, oggi __/__/__ alle ore __/__ per le motivazioni appresso indicate _____ _____ _____
Notifica effettuata mediante <input type="checkbox"/> Telegramma <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> lettera A/R	viene comunicata la presente variazione _____ _____ _____ <i>(l'accettazione della variazione deve essere effettuata entro _____ dal ricevimento della presente, la mancata comunicazione entro il tempo previsto rende implicita l'accettazione)</i> Firma del Responsabile _____

Da compilare e inviare in seguito alla notifica del Laboratorio

Accettazione di variazione del presente contratto	In relazione alla notifica pervenuta in data __/__/__ alle ore __/__ <input type="checkbox"/> si accettano le citate variazioni <input type="checkbox"/> non si accettano le citate variazioni per le seguenti motivazioni _____ _____ _____
Accettazione effettuata mediante <input type="checkbox"/> Telegramma <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> lettera A/R	si richiede pertanto _____ _____ _____ Data __/__/__ Firma del Cliente _____

Firma del D.L. _____

◇ Accettazione Firma del cliente _____ data _____

◇ Non Accettazione Firma del cliente _____ data _____

(Motivi di non accettazione _____)