

rev. 0.1 13 11 2023

CONTROLLO SOSTANZE D'ABUSO SU

<input type="checkbox"/> <b>MATRICE URINARIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>SANGUE</b>	<input type="checkbox"/> <b>MATRICE CHERATINICA</b> ( _____ ) specificare se capelli/peli pubici o ascellari	<input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b>
<b>DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO CONTROLLATO</b>	Tipo di documento _____ Documento n. _____ (Nominativo) _____		
<b>CAMPIONE PRELEVATO IN N.</b>	_____ aliquote	Identificate con	_____
Il sottoscritto _____ da il consenso ed accetta di sottoporre il proprio campione ad esami di laboratorio finalizzati alla ricerca di sostanze d'abuso. Accetta inoltre che in caso di positività l'esame venga comunicato alle istituzioni competenti per i successivi adempimenti ed esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini del presente accertamento. Firma _____			
<b>Parametri richiesti su MATRICE URINARIA</b>			
Tipo di controllo richiesto SCREENING / I livello da sottoporre a conferma mediante GC/MS e LC/MS		Tipo di controllo richiesto SOLO PER SCREENING / I livello ANALISI QUALITATIVA	
<input type="checkbox"/> <b>Metamfetamine</b> <input type="checkbox"/> <b>Amfetamine</b> <input type="checkbox"/> <b>Oppiacei</b> <input type="checkbox"/> <b>Benzoilecgonina</b> <input type="checkbox"/> <b>Tetraidrocannabinolo</b> <input type="checkbox"/> <b>Metadone</b> <input type="checkbox"/> <b>Buprenorfina</b> <input type="checkbox"/> <b>Eroina (6-Mam)</b> <input type="checkbox"/> <b>Etilglucuronide</b>		<input type="checkbox"/> <b>Abpinaca (droga degli Zombie)</b> <input type="checkbox"/> <b>Fentanil</b> <input type="checkbox"/> <b>Barbiturici</b> <input type="checkbox"/> <b>Ossicodone</b> <input type="checkbox"/> <b>Tramadol</b> <input type="checkbox"/> <b>Triciclici Antidepressivi (TCA)</b> <input type="checkbox"/> <b>Creatinina</b> <input type="checkbox"/> <b>JWH-018 (cannabinoide sintetico)</b> <input type="checkbox"/> <b>AlphaPVP (FLAKKA)</b> <input type="checkbox"/> <b>UR144 (cannabinoide sintetico)</b> <input type="checkbox"/> <b>Benzodiazepine1</b> <input type="checkbox"/> <b>Benzodiazepine2</b>	
<b>Parametri richiesti su SANGUE</b>			
<input type="checkbox"/> <b>CDT TEST</b> <input type="checkbox"/> <b>Altro (Specificare) _____</b>			
<b>Parametri richiesti su MATRICE CHERATINICA</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Morfina</b> <input type="checkbox"/> <b>Codeina</b> <input type="checkbox"/> <b>6-MAM</b> <input type="checkbox"/> <b>Cocaina</b> <input type="checkbox"/> <b>Benzoilecgonina</b> <input type="checkbox"/> <b>Ecgonina matilestere</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cocaetilene</b> <input type="checkbox"/> <b>Metadone</b> <input type="checkbox"/> <b>EDDP</b> <input type="checkbox"/> <b>Buprenorfina</b> <input type="checkbox"/> <b>Amfetamina</b> <input type="checkbox"/> <b>Metamfetamina</b>	<input type="checkbox"/> <b>3,4 MDA</b> <input type="checkbox"/> <b>3,4 MDE</b> <input type="checkbox"/> <b>3,4 MDMA</b> <input type="checkbox"/> <b>MBDB</b> <input type="checkbox"/> <b>Delta-9-THC</b> <input type="checkbox"/> <b>Etilglucuronide</b>	
<b>Luogo di raccolta</b> _____	<b>Data di raccolta</b> ___/___/___	<b>Ora di raccolta</b> _____	<b>Firma dell'operatore sanitario</b> _____
<b>DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO CONTROLLATO, SIG: _____</b> In presenza del sottoscritto, sono state effettuate le seguenti operazioni: 1) Verifica della corrispondenza del nome, cognome, data di prelievo e sigla identificativa; 2) Suddivisione, etichettatura, sigillo e identificazione. <b>IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER ASSUNTO NELL'ULTIMA SETTIMANA I SOTTOELENCATI FARMACI:</b>			
Enna, li _____ In fede _____			