

VERBALE DI PRELIEVO LSP
PER DOSAGGIO SOSTANZE D'ABUSO

rev. 0.1 13 11 2023

CONTROLLO SOSTANZE D'ABUSO SU			
<input type="checkbox"/> MATRICE URINARIA	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> MATRICE CHERATINICA (_____) specificare se capelli/peli pubici o ascellari	<input type="checkbox"/> ALTRO
DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO CONTROLLATO	Nominativo Nato a _____ il _____ Residente a _____ Tipo di documento _____ numero _____		
CAMPIONE PRELEVATO IN N. _____	/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 _____			
Parametri richiesti su MATRICE URINARIA			
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	
= Metamfetamine = Amfetamine = Oppiacei = Benzoilecgonina = Tetraidrocannabinolo = Metadone = Buprenorfina = Eroina (6-Mam) = Etilglucuronide		= Abpinaca (droga degli Zombie) = Fentanil = Barbiturici = Ossicodone = Tramadol = Triciclici Antidepressivi (TCA) = Creatinina = JWH-018 (cannabinoide sintetico) = AlphaPVP (FLAKKA) = UR144 (cannabinoide sintetico) = Benzodiazepine1 = Benzodiazepine2	
Parametri richiesti su SANGUE			
= CDT TEST = Altro (Specificare) _____			
Parametri richiesti su MATRICE CHERATINICA			
<input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Codeina <input type="checkbox"/> 6-MAM <input type="checkbox"/> Cocaina <input type="checkbox"/> Benzoilecgonina <input type="checkbox"/> Ecgonina matilestere	<input type="checkbox"/> Cocaetilene <input type="checkbox"/> Metadone <input type="checkbox"/> EDDP <input type="checkbox"/> Buprenorfina <input type="checkbox"/> Amfetamina <input type="checkbox"/> Metamfetamina	<input type="checkbox"/> 3,4 MDA <input type="checkbox"/> 3,4 MDE <input type="checkbox"/> 3,4 MDMA <input type="checkbox"/> MBDB <input type="checkbox"/> Delta-9-THC <input type="checkbox"/> Etilglucuronide	
Luogo di raccolta _____	Data di raccolta ____/____/____	Ora di raccolta _____	Firma dell'operatore sanitario _____
DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO CONTROLLATO, SIG: _____ 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. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER ASSUNTO NELL'ULTIMA SETTIMANA I SOTTOELENCATI FARMACI: _____ _____			
Enna, li _____		In fede _____	