

VERBALE DI PRELIEVO
PER LE INDAGINI DI I LIVELLO E/O DI II LIVELLO INERENTI LE SOSTANZE D'ABUSO
Compilare in stampatello maiuscolo

DATI E RECAPITI TELEFONICI E FAX DEL MEDICO RESPONSABILE DEL PRELIEVO:

STRUTTURA / ENTE / ORGANO RICHIEDENTE:

DATI DEL SOGGETTO ESAMINATO

Cognome

Nome

Nazionalità/Lingua parlata

Data di nascita (gg/mm/aaaa)

Documento di identità

Sesso

M F

Da compilare solo in caso di richieste di esami inerenti la sicurezza negli ambienti di lavoro e le mansioni a rischio.

Reparto/Divisione di appartenenza del soggetto esaminato

Ruolo/Qualifica del soggetto esaminato

DATI DEL PRELIEVO

Ora: ____ : ____

Data: ____ / ____ / ____

INCOLLARE L'ETICHETTA RECANTE
IL CODICE DEL KIT DI PRELIEVO
ENTRO L'AREA TRATTEGIATA

Luogo:

Matrice	Quantità Aliquote		
	Aliquota A	Aliquota B	Aliquota C
Urine (≥ 20 ml per aliquota)			
Sangue (≥ 10 ml per aliquota)			
Saliva (≥ 1 ml per aliquota)			
Matrice cheratinica (≥ 100 mg per aliquota)			

Note (in caso di matrice cheratinica indicare colore ed eventuali trattamenti cosmetici):

Condizioni del soggetto: cosciente non cosciente

Note:

Farmaci assunti dal soggetto esaminato negli ultimi sette giorni:

NOME E FIRMA DI CHI ESEGUE IL PRELIEVO

NOME E FIRMA DEL SOGGETTO CONTROLLATO

Note e/o dichiarazioni del soggetto esaminato:

ACC. 2

SUB 1



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO PAOLO GIACCONE
DI PALERMO



Mod. TOS - Liv. I

Dipartimento Servizi Centrali d'Ospedale
Centro di Spettrometria di Massa del Settore CQRC
Via del Vespro, 129 90127 tel. + 39 091 6553167/3170
fax.: + 39 091 6553168 - cqrc@policlinico.pa.it

MODULO DI RICHIESTA ANALISI

Divisione/Servizio/Ditta/Reparto.....
Referente..... Tel..... FAX.....
Paziente: Cognome Nome.....
Data di Nascita..... Codice fiscale.....
Scopo: Forense Clinico-Diagnostico Altro non definito Aliquote: A B C
Cartella Clinica n..... del Quesito Diagnostico.....
Data prelievo/raccolta..... Ora prelievo/raccolta.....
Campione ad alto rischio infettivo (HIV, HCV, HBV...) SI NO NON A CONOSCENZA NOTE.....

CLASSI DI SOSTANZE D'ABUSO E LORO METABOLITI PER IL I LIVELLO (immunodosaggio enzimatico omogeneo)			NATURA MATRICI DA EASAMINARE *				
Cod.	Costo	Prestazione	urine	sangue	saliva	capelli	Altro (da specificare)
AZ.0662	€ 6,50	Amfetamine					
AZ.713	€ 12,00	Barbiturici					
AZ.0668	€ 6,50	Benzodiazepine					
AZ.0669	€ 6,50	Buprenorfina					
AZ.0664	€ 6,50	Cocaina					
AZ.0663	€ 6,50	Ecstasy					
AZ.0672	€ 6,50	EDDP (2Etilidene-1,5-Dimetil-3,3-Difenilpiperidene)					
AZ.0670	€ 6,50	Etanolo					
AZ.0671	€ 6,50	Etilglucuronide (ETG)					
AZ.0666	€ 6,50	Metadone					
AZ.0665	€ 6,50	Cannabis					
AZ.0667	€ 6,50	Opiacei					
AZ.715	€ 8,80	Acetaminofene (paracetamolo)					
AZ.0673	€ 50,00	Pannello analisi di I livello sostanze d'abuso					

Note:

- ▲ Qualora non venga indicata la matrice da parte del richiedente il laboratorio destinatario effettuerà gli accertamenti tossicologici e/o analitici di primo e secondo livello nella matrice ritenuta d'elezione per le finalità dichiarate secondo la normativa vigente
- ▲ La richiesta per scopo forense deve essere corredata dalla richiesta dell'Autorità Competente

INCOLLARE L'ETICHETTA RECANTE IL
CODICE DEL KIT DI PRELIEVO ENTRO
L'AREA TRATTEGGIATA

IL RICHIEDENTE
(nome, cognome e firma)

ACC. 2

SOB 2



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO PAOLO GIACCONE
DI PALERMO



Mod. TOS - Liv. II

Dipartimento Servizi Centrali d'Ospedale
Centro di Spettrometria di Massa del Settore CQRC
Via del Vespro, 129 90127 tel. + 39 091 6553167/3170
fax.: + 39 091 6553168 - cqrc@policlinico.pa.it

MODULO DI RICHIESTA ANALISI

Divisione/Servizio/Ditta/Reparto.....

Referente.....Tel.....FAX.....

Paziente: Cognome Nome.....

Data di Nascita.....Codice fiscale.....

Scopo: Forense Clinico-Diagnostico Altro non definito Aliquote: A B C

Cartella Clinica n..... del Quesito Diagnostico.....

Data prelievo/raccolta..... Ora prelievo/raccolta.....

Campione ad alto rischio infettivo (HIV, HCV, HBV...) SI NO NON A CONOSCENZA NOTE.....

CLASSI DI SOSTANZE D'ABUSO E LORO METABOLITI PER IL II LIVELLO			NATURA MATRICI DA EASAMINARE				
Cod.	Costo	Prestazione	urine	sangue	saliva	capelli	Altro
AZ.0615	€ 51,57	2 Etilidene-1,5-Dimetil-3,3-Difenilpinolidene (EDDP)		X			
AZ.0618	€ 51,57	3,4-M(Mde)				X	
AZ.0617	€ 51,57	3,4-Metilendiossiamfetamina (Mda)					
AZ.0622	€ 51,57	3,4-Metilendiossimetamfetamina (Mdma)					
AZ.0601	€ 51,57	6-Monoacetilmorfina					
AZ.0616	€ 51,57	d-Amfetamina					
AZ.0630	€ 40,00	Benzodiazepine (Urine)					
AZ.0612	€ 51,57	Benzoilecgonina					
AZ.0608	€ 51,57	Buprenorfina		X		X	
AZ.0623	€ 20,08	Cannabinoidi (Δ -9-THC COOH) (urine)					
AZ.0895	€ 51,57	Cannabinoidi (11 OH- Δ -9-THC + Δ -9-THC) (sangue)					
AZ.0613	€ 51,57	Cocaetilene					
AZ.0611	€ 51,57	Cocaina					
AZ.0605	€ 51,57	Codeina					
AZ.0894	€ 100,00	Cannabinoidi (Δ -9-THC COOH + Δ -9-THC) (capelli)					
AZ.0602	€ 51,57	Diacetilmorfina (eroina)	X	X	X	X	
AZ.0606	€ 51,57	Diidrococaina		X	X	X	
AZ.0621	€ 51,57	Efedrina		X	X	X	
AZ.0629	€ 20,08	Etanolo GC-MS					
AZ.0628	€ 20,08	Etilglucuronide (Etg)		X	X	X	
AZ.0604	€ 51,57	Etilmorfina		X	X	X	
AZ.0625	€ 20,08	Gammaidrossibutirato (Ghb)		X	X	X	
AZ.0626	€ 20,08	Ketamina (Urine)		X	X	X	
AZ.0896	€ 51,57	Ketamina (Capelli)	X	X	X		
AZ.0614	€ 51,57	Metadone					
AZ.0619	€ 51,57	Metamfetamina					
AZ.709	€ 20,08	Metanolo su sangue (GC-MS)					
AZ.0620	€ 51,57	Metilbenzodiossibutaamina (Mbdb)	X		X		



COMPILAZIONE A CURA DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE

STRUTTURA DI PROVENIENZA :

Data (gg/mm/aaaa)

____/____/____

Numero di campioni

Modalità di trasporto

CODICI DEI CAMPIONI

INCOLLARE LE ETICHETTE RECANTI I CODICI DEI KIT
DI PRELIEVO ENTRO L'AREA TRATTEGIATA

CONTENITORE TERZIARIO/BORSA FRIGO

Data di apposizione sigillo
(gg/mm/aaaa)

____/____/____

Ora di apposizione sigillo

____:____

Numero del sigillo

NOME E FIRMA DI CHI ESEGUE IL PRELIEVO

NOME E FIRMA DELL'INCARICATO DEL TRASPORTO CAMPIONI

COMPILAZIONE A CURA DEL LABORATORIO RICEVENTE

Data di arrivo al laboratorio
(gg/mm/aaaa)

____/____/____

Ora di arrivo al laboratorio

____:____

Numero del sigillo

Borsa sigillata

- si
- no

Commenti/Note

NOME E FIRMA DI CHI ACCETTA I CAMPIONI

NOME E FIRMA DI CHI CONSEGNA I CAMPIONI