

**MODULO DI CAMPIONAMENTO**

Compilato presso (indicare struttura sanitaria) \_\_\_\_\_

Prot. N. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ ora del prelievo \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Doc. di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

La persona sopraindicata è stata informata preventivamente ed esaurientemente delle modalità del prelievo e delle finalità dello stesso. Ha dichiarato di consentire al prelievo di:

SANGUE       NO       SI

URINE       NO       SI

TAMPONI       NO       SI      *firma interessato* \_\_\_\_\_

Non è stato possibile acquisire valido consenso perché la persona non era in grado di esprimerlo

Non è stato effettuato

SANGUE	URINE	TAMPONI	
N. ____ Provette Tappo Lilla	N. ____ Provette Urine	N. ____ Vaginale	N. ____ Orale
N. ____ Provette Tappo giallo con gel		N. ____ Cervicale	N. ____ Subungueale
		N. ____ Anale	N. ____ Ungueale
		N. ____ Rettale	N. ____ Penieno
		N. ____ Genitali est.	

NOTE (a cura del supervisore del campionamento)

Nota per il laboratorio \_\_\_\_\_

Firma del supervisore del campionamento

Consegnato in laboratorio il \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Firma per esteso operatore che consegna	Firma per esteso operatore che riceve

## VERBALE DI CUSTODIA

LABORATORIO ANALISI DI \_\_\_\_\_ N° SIGILLO SICUREZZA: \_\_\_\_\_

ETICHETTA PAZIENTE:

Presso il Laboratorio Analisi di \_\_\_\_\_ vengono custoditi i seguenti reperti di Laboratorio a disposizione dell'Autorità Competente:

- N° \_\_\_ PROVETTE TAPPO LILLA (da emocromo) SIGILLATE CON PARAFILM
- N° \_\_\_ PROVETTE SIERO TAPPO GIALLO (con gel) SIGILLATE CON PARAFILM
- N° \_\_\_ PROVETTE URINE SIGILLATE CON PARAFILM
- N° \_\_\_ TAMPONI VAGINALI
- N° \_\_\_ TAMPONI CERVICALI
- N° \_\_\_ TAMPONI ANALE
- N° \_\_\_ TAMPONI RETTALI
- N° \_\_\_ TAMPONI GENITALI ESTERNI
- N° \_\_\_ TAMPONI ORALI
- N° \_\_\_ TAMPONI UNGUEALI
- N° \_\_\_ TAMPONI UNGUEALI
- N° \_\_\_ TAMPONI PENIENI

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SANITARIO

(firma per esteso)

---