

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)
