

Il sottoscritto, Dr. _____ richiede al Laboratorio di Prevenzione la ricerca delle seguenti droghe d'abuso/metaboliti di droghe d'abuso:

MATRICE	ANALISI RICHIESTE
URINA	<input type="checkbox"/> amfetamine
URINA	<input type="checkbox"/> benzodiazepine
URINA	<input type="checkbox"/> buprenorfina
URINA	<input type="checkbox"/> cannabinoidi
URINA	<input type="checkbox"/> cocaina
URINA	<input type="checkbox"/> EDDP (metadone)
URINA	<input type="checkbox"/> oppiacei
URINA	<input type="checkbox"/> creatininuria
CAPELLO	<input type="checkbox"/> cocaina
CAPELLO	<input type="checkbox"/> oppiacei
CAPELLO	<input type="checkbox"/> amfetamine

Per i metodi analitici utilizzati e le relative tariffe si fa riferimento al catalogo delle prestazioni visualizzabile sul sito internet aziendale cliccando su Laboratorio di Prevenzione; dallo stesso sito sono scaricabili anche i moduli di richiesta delle prestazioni. I dosaggi degli analiti che risulteranno positivi nelle indagini di primo livello verranno sottoposti ad accertamenti di secondo livello attraverso l'impiego di tecniche cromatografiche di conferma.

Sul campione di:

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Data prelievo del campione:.....

Modalità consegna Rapporti di Prova

I Rapporti di Prova verranno inviati al Medico Competente al recapito riportato sul timbro in calce o alla PEC indicata: _____

Il campione verrà conservato fino al termine dell'analisi.

Il Rapporto di Prova insieme a tutta la documentazione relativa all'analisi verranno archiviati presso il LP secondo le prescrizioni indicate dal D.G. Salute D.d.g. 3 marzo 2015 – n.1575.

Tempi d'attesa per il ritiro del rapporto di prova, a far data dalla ricezione del campione:

5 giorni per lo screening; 20 giorni per la conferma.

Firma e timbro Medico Richiedente

Pagamento delle prestazioni:

Fattura alla ditta datore di lavoro

TIMBRO E PARTITA IVA DELLA DITTA: