

Spett.le LABORATORIO DI PREVENZIONE ATS BRIANZA
Via Longoni 13, Oggiono (LC)
Tel. 0341.482850/62 Fax 0341/482856

REPARTO:		PRELIEVO DEL:
PAZIENTE		DATA DI NASCITA:
e-mail medico richiedente:		
FARMACI ASSUNTI/SOMMINISTRATI		
SINTOMATOLOGIA 1) Stato di coscienza <input type="checkbox"/> integra <input type="checkbox"/> sonnolenza <input type="checkbox"/> sopore <input type="checkbox"/> coma 2) delirio/allucinazioni <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no 3) dispercezioni <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no 4) Comportamento <input type="checkbox"/> calmo <input type="checkbox"/> loquace <input type="checkbox"/> euforico <input type="checkbox"/> agitato <input type="checkbox"/> aggressivo <input type="checkbox"/> depresso 5) Linguaggio <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> impastato <input type="checkbox"/> incapace di esprimersi <input type="checkbox"/> bruxismo 6) Equilibrio <input type="checkbox"/> difficoltà a mantenere la stazione eretta <input type="checkbox"/> andatura barcollante <input type="checkbox"/> dismetria 7) Pupille <input type="checkbox"/> normali <input type="checkbox"/> midriatiche <input type="checkbox"/> miotiche <input type="checkbox"/> anisocoriche 8) Condizioni generali <input type="checkbox"/> normali <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tremori <input type="checkbox"/> convulsioni <input type="checkbox"/> vomito		

ANALISI RICHIESTE:

CLASSE DI MOLECOLE (analisi di screening)	RICHIESTA ANALISI DI SCREENING (barrare con una X le analisi richieste)	RICHIESTA ANALISI DI CONFERMA (barrare con una X le analisi richieste)	METODO ANALISI DI CONFERMA
Amfetamine			GC/MS
Cannabinoidi			GC/MS
Cocaina			GC/MS
Metadone / EDDP (metabolita del metadone)			GC/MS
Oppiacei			GC/MS
Buprenorfina			GC/MS
Benzodiazepine		//	Non disponibile

In caso di esito positivo nell'analisi di screening si autorizza il laboratorio ad eseguire l'analisi di conferma
Si segnala che il campione verrà conservato, dal termine dell'analisi, per un periodo di 12 mesi se positivo e per 21 giorni in caso di esito negativo.

Firma e timbro del Medico

Per i metodi analitici utilizzati e le relative tariffe si fa riferimento al catalogo delle prestazioni visualizzabile sul sito aziendale e cliccando su Laboratorio di Prevenzione; **dallo stesso sito sono scaricabili anche i moduli di richiesta delle prestazioni.**

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA
Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969
Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco