

Oggiono,.....

Prot. N.

- SOGGETTI MAGGIORENNI:** Il sottoscritto.....  
 richiede al Laboratorio di Prevenzione la ricerca delle seguenti droghe da abuso/metaboliti di droghe da abuso sul proprio campione
- SOGGETTI MINORENNI:** Il sottoscritto..... richiede  
 al Laboratorio di Prevenzione la ricerca delle seguenti droghe da abuso/metaboliti di droghe da abuso sul campione di ..... posto  
 sotto mia tutela in quanto .....

MATRICE	ANALISI RICHIESTE
URINA	<input type="checkbox"/> amfetamine/metamfetamine/MDMA (ecstasy)
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

(barrare le voci interessate per le quali si richiede la determinazione analitica)

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

Data prelievo del campione: .....

Richiedente: **Nome e Cognome** .....

**Riconosciuto tramite** .....

**Firma Richiedente**

**VISTO per il LP**

Modalità consegna Rapporti di Prova/ Pagamento delle prestazioni

I Rapporti di Prova potranno essere ritirati personalmente o da persona munita di delega e documento di identità in corso di validità, a seguito del pagamento dell'importo dovuto, presso la segreteria del Laboratorio di Prevenzione (vedi modulo ritiro). Si segnala che il campione verrà conservato fino al termine dell'analisi e che il referto e 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: 5 giorni per lo screening, 20 giorni per l'analisi di conferma e/o dei capelli

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