

PROCEDURE PER GLI ACCERTAMENTI SANITARI DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA o di ASSUNZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI e/o PSICOTROPE  
**Conferma risultati tramite HRGC/MS/MS e LC/MS/MS (entro le 48h.dal prelievo)** - Autorizzazione Regionale n° 4650 del 15/05/09 ed autorizzazione N. SP/302 del 08/10/2009 del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici, Ufficio Centrale Stupefacenti, in accordo agli standard di qualità ISO 9001/2008 e ISO 17025 (laboratorio di taratura e di prova) e in rispetto alle linee guida della Tossicologia Forense Italiana (GTFI marzo2010) **con finalità medico-legali**. (Servizio fornito dal laboratorio Crabion srl e convenzionato con la ditta Alcooltest Marketing Italia) .

## VERBALE DI PRELIEVO – SALIVA ( PROCEDURA PROBATORIA )

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Medico o Ausiliario Sanitario e/o Agente di Polizia ubicato in Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, che in data \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_, **attesta** che ha prelevato il campione di urina al Sig. / ra cognome e nome \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ sigillo N° \_\_\_\_\_

**risultato positivo** nella fase di screening al narcotest **mod. ORATECT** per le seguenti sostanze stupefacenti e/o psicotrope : ☐ COC - ☐ THC - ☐ OPI - ☐ MET(MDMA) - ☐ AMF - ☐ PCP - ☐ BZ - ☐ ALCOOL documento d'identità \_\_\_\_\_ che ha dichiarato di aver assunto nella settimana antecedente al prelievo, i seguenti farmaci:

Il ☐ paziente/ ☐ conducente/ ☐ lavoratore , che controfirma il presente verbale attestando in tal modo la corretta esecuzione del prelievo siglando i sigilli, **ha richiesto che vengano riportate anche le seguenti dichiarazioni:**

☐ paziente / ☐ conducente/ ☐ lavoratore

l'Agente di Polizia o Sanitario prelevatore e/o Il Medico

\_\_\_\_\_ (firmare per esteso)

\_\_\_\_\_ (firma leggibile)

## CATENA DI CUSTODIA

Perugia, \_\_\_\_\_

Codifica campione e tipo di campione: \_\_\_\_\_ ☐ **saliva** ☐ **urina**

Raccolta /Trasferimento campione tramite contenitore: \_\_\_\_\_ (Vial\_Oratect) - (BC075 Sterile)

Campione: \_\_\_\_\_ ☐ esterno

Temperatura \_\_\_\_\_ °C dopo prelievo Campione conforme ☐ SI ☐ NO

Trasporto tramite Corriere.....Partito il.....ore..... (Il verbalizzante).....

consegnatario/utente: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Accettato/prelevato da: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ubicazione del campione: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Numero liquore : \_N°\_ ☐ **saliva** ( contestualmente è stato prelevato anche N°\_ ☐ **urina** )

Movimentazioni/Manipolazioni:

| Aliquota | Data | Motivo                                           | Ubicazione campione | Responsabile | Firma |
|----------|------|--------------------------------------------------|---------------------|--------------|-------|
|          |      |                                                  | Frigo A             | A.Floridi    |       |
|          |      | Conferma <input type="checkbox"/> (aliquota B)   | Frigo B             | A.Floridi    |       |
|          |      | Conferma <input type="checkbox"/> (aliquota B)   | Frigo B             | A.Floridi    |       |
|          |      | Revisione* <input type="checkbox"/> (aliquota C) | Frigo B             | A.Floridi    |       |

\* il campione sarà custodito nel frigo B per 90 giorni

Campione verificato

Campione accettato

Campione rifiutato

|               |                                          |                      |                             |
|---------------|------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| CRABioN S.r.l | Verbale di prelievo e Catena di custodia | Li, Perugia - Data : | Responsabile di laboratorio |
|---------------|------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|