

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
 (PROCEDURA PROBATORIA)

AII_II*

Il/La sottoscritto/a _____ Medico o Ausiliario Sanitario e/o Agente ubicato in via _____ Città _____ Prov. _____, che in data _____ ore _____, **attesta** che ha prelevato il campione tipo di matrice [] peli ascellari [] peli pubici [] capelli - [] urina [] saliva in data ____/____/____ presso _____ al Sig./ra cognome e nome del Donatore _____ nata/o il _____ residente a _____ doc. d'identità _____ presso _____

Il donatore è risultato **positivo** nella precedente fase di screening alle seguenti sostanze stupefacenti e/o psicotrope:

- COC- THC- OPI- MET- MDMA- MTD- AMF- BUP- BZ- BAR- EtG- KET- K2- FARMACI

Trattamenti cosmetici effettuati [] si [] no

Il donatore ha dichiarato di aver assunto nella settimana antecedente al prelievo, i seguenti farmaci:

Il Donatore 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:**

Il Donatore

Il Medico o Sanitario prelevatore o l'Agente di Polizia

(firmare per esteso)

(firma leggibile)

PRIMA ANALISI DELLA CATENA DI CUSTODIA RICEVUTA (Spazio riservato al laboratorio)

Codifica campione e tipo di campione: _____ **peli asc.** **peli pub.** **capelli** **urina** **saliva**

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 _____

Movimentazioni/Manipolazioni: _____ Numero Aliquote: _____

Aliquota	Data	Motivo	Ubicazione campione	Responsabile	Firma
			Frigo A	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
---------------	--	----------------------------	--------------------------------------