

ALLEGATO AL VERBALE n. Data..... ora..... Fogli n..... di

ESITO ACCERTAMENTI ANALITICI – SINTOMI RISCONTRATI SUL CONDUCENTE

ESAME CLINICO

Anamnesi per assunzione di farmaci: si no

Specificare (quali / in quale quantità / via di somministrazione)

Prima dell'evento Dopo l'evento (es. durante il soccorso)

Anamnesi per patologie:

Diabete Epilessia Cardiopatie Malattie neuropsichiatriche

È seguito da strutture sanitarie pubbliche: si (specificare)

SINTOMI E SEGNI

- 1. Stato della coscienza: Integra Sonnolenza Sopore Coma
- 2. Deficit memoria si no
- 3. Disorientamento spazio temporale si no ----- delirio-allucinazioni si no
- 4. Dispercezioni si no
- 5. Comportamento: Calmo Loquace Euforico Ansioso Agitato Irrispettoso Aggressivo
 Depresso Rifiuta di collaborare
- 6. Linguaggio: Normale Impastato Incapace di esprimersi Bruxismo
- 7. Equilibrio: Difficoltà a mantenere la stazione eretta Andatura barcollante Dismetria
- 8. Pupille: Normali Midriatiche Miotiche Anisocoriche
- 9. Iperemia congiuntivale si no
- 10. Alitosi alcool si no ...
- 11. Condizioni generali Sudorazione Tremori Convulsioni Vomito

Frequenza cardiaca /min. Aritmie Frequenza respiratoria: /min
 Dispnea Apnea pressione arteriosa Mm Hg temperatura °C

12. Glicemia (test rapido) valore..... Sodiemia (se eseguite) valore.....

13. Potassiemia (se eseguite) valore CPK (se eseguite) valore.....

GIUDIZIO CONCLUSIVO

Sulla base dei segni SI NO

DATA

FIRMA DEL MEDICO ESAMINATORE

L'INTERESSATO CONFERMA LA SUA PRESENZA:

FIRMA DELL' INTERESSATO

FIRMA DEL MEDICO o degli AGENTI ESAMINATORI

(Nome Cognome per esteso)

(Nome Cognome per esteso)

(Nome Cognome per esteso)



ALLEGATO AL VERBALE n. Data..... ora..... Fogli n..... di

il Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____ residente in _____

via _____ N° Patente.....Auto(targa).....

Luogo del controllo..... Via..... C/o.....

informato/a delle modalità e finalità degli accertamenti richiesti :

Ha dato il suo consenso all'effettuazione degli esami e del prelievo necessari all'accertamento se sia in stato di alterazione psico-fisica conseguente all' uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope ed al tasso alcoolemico

SI ACCONSENTO ALL'ACCERTAMENTO:(firma dell'interessato)

Non ha dato il suo consenso all'effettuazione degli esami e del prelievo necessari all'accertamento se sia in stato di alterazione psico-fisica conseguente all' uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope ed al tasso alcoolemico

NON ACCONSENTO ALL' ACCERTAMENTO:(firma dell'interessato)

È momentaneamente impossibilitato ad esprimere un consenso valido; perciò:

non è stato possibile effettuare alcun prelievo

Sulla persona sono stati effettuati accertamenti preliminari di **screening** mediante dispositivi diagnostici

certificati CE certificati CE ad Uso Forense Omologati (elettronici)

- saliva Test droga marca tipo..... codice n.....
 - urina Test droga marca tipo..... codice n.....
 - saliva Test droga + alcol marca tipo..... codice n.....
 - sangue Test laboratorio tipo..... codice n.....
 - espirato Etilometro marca con il quale sono state effettuate n.....
- misurazioni a distanza di minuti l'una dall'altra, risultate positive come segue:-

ESITO DELL'ANALISI DI SCREENING

sono state prelevate le aliquote necessarie all'accertamento sui campioni dei liquidi biologici prelevati per finalità diagnostiche correlate alla tutela della salute. I campioni sono stati prelevati e conservati come descritto nel modulo allegato(PC-2M) ed hanno dato il seguente esito:

- urine codice campione.....
- saliva codice campione.....

eseguite in data alle ore.....

TEST DI SCREENING	METODICA	CUT-OFF	ESITO
Oppiacei			
Cocaina			
Anfetamine ed analoghi			
Cannabinoidi			
MDMA, analoghi ed omologhi			
Metadone (al di fuori dell'uso terapeutico)			
Altro (specificare).....			

CATENA DI CUSTODIA EFFETTUATAN.(sigilli) BUSTA ANTIEFFRAZIONE N.....

ETANOLO	<input type="checkbox"/> Etilometro	Mod..... Marca.....	1° prova: N°...../* g/l Ora..... : il...../...../..... 2° prova: N°...../* g/l Ora..... : il...../...../.....
---------	-------------------------------------	------------------------	--

ETANOLO	<input type="checkbox"/> Ematica	Laboratorio di..... <input type="checkbox"/> in attesa di esito	<input type="checkbox"/> Esito : g/l il...../...../.....
---------	----------------------------------	--	---

L'INTERESSATO CONFERMA LA SUA PRESENZA:

FIRMA DELL' INTERESSATO

FIRMA DEL MEDICO o degli AGENTI ESAMINATORI

.....
(Nome Cognome per esteso)



.....
(Nome Cognome per esteso) (Nome Cognome per esteso)