



**DIPARTIMENTO di
DIAGNOSTICA di LABORATORIO**

C.da Pietrapollastra – 90015 CEFALU'
Tel.: 0921/920532 – Fax: 0921/920420
E-mail: diplaboratori@pec.asppalermo.org
Direttore: Dott.ssa Barone Teresa

Modulo 3 bis

VERBALE DI CAMPIONAMENTO DI MATERIALI BIOLOGICI_MATRICE PILIFERA

<i>Incollare etichetta barcode codice identificativo</i>	<i>Incollare etichetta codice Kit di campionamento</i>
--	--

P.S. del Presidio Ospedaliero			
Medico Responsabile del campionamento	Matricola	Infermiere che effettua il campionamento	Matricola
Autorità Richiedente			

DATI UTENTE			
N. codice accesso P.S.	Codice identificativo	Nazionalità	
Cognome	Nome		
Data di nascita	Luogo di nascita		
Tipo Documento Identità	N.		
Rilasciato da	Il		
Data del prelievo	Ora del prelievo		
Farmaci somministrati			

CAMPIONI PRELEVATI			
<input type="checkbox"/> Capelli	<input type="checkbox"/> Peli pubici	<input type="checkbox"/> Altro _____	Lunghezza approssimativa cm. _____
Segmento da analizzare			<input type="checkbox"/> Aliquota A
<input type="checkbox"/> Proximale cm. _____	<input type="checkbox"/> Distale cm. _____	<input type="checkbox"/> in toto	<input type="checkbox"/> Aliquota B
			<input type="checkbox"/> Aliquota C

Il Medico responsabile del campionamento _____ L'Infermiere che effettua il campionamento _____
(firma leggibile) (firma leggibile)

Io sottoscritto/a _____ dichiaro che le etichette identificative sono correttamente compilate e da me confrontate. Tutto il materiale utilizzato per il campionamento era integro, chiuso e sigillato ed i prelievi sono stati suddivisi, etichettati e sigillati in mia presenza.

Dichiaro di aver assunto, negli ultimi sette giorni, i seguenti farmaci/integratori : _____

Dichiaro di essermi sottoposto/a ai seguenti trattamenti cosmetici : _____

Data ____/____/____

Firma del sottoposto ad accertamento _____
(o, se minore, del genitore/tutore legale)