



**DIPARTIMENTO di  
DIAGNOSTICA di LABORATORIO**

C.da Pietrapollastra – 90015 CEFALU’  
Tel.: 0921/920532 – Fax: 0921/920420  
E-mail: [diplaboratori@pec.asppalermo.org](mailto:diplaboratori@pec.asppalermo.org)  
**Direttore: Dott.ssa Barone Teresa**

**Modulo 3**

**VERBALE DI CAMPIONAMENTO DI MATERIALI BIOLOGICI**

<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			

<b>DATI UTENTE</b>		
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		

II	<input type="checkbox"/> <b>Sangue: 4 mL</b> (Alcoemia, provette tappo grigio, NaF-Ossalato)	<input type="checkbox"/> <b>Siero : 5 mL</b> (Sostanze d’abuso, provette tappo giallo)	<input type="checkbox"/> <b>Urine: 11 mL</b> (Benzodiazepine, provette tappo beige)
	<input type="checkbox"/> Aliquota A _____ mL	<input type="checkbox"/> Aliquota A _____ mL	<input type="checkbox"/> Aliquota A _____ mL
	<input type="checkbox"/> Aliquota B _____ mL	<input type="checkbox"/> Aliquota B _____ mL	<input type="checkbox"/> Aliquota B _____ mL
	<input type="checkbox"/> Aliquota C _____ mL	<input type="checkbox"/> Aliquota C _____ mL	<input type="checkbox"/> Aliquota C _____ mL

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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del sottoposto ad accertamento \_\_\_\_\_  
(o, se minore, del genitore/tutore legale)