



**DIPARTIMENTO di  
DIAGNOSTICA di LABORATORIO**

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

**Modulo 4**

**MODULO DI TRASPORTO INTERNO E VALIDAZIONE DELLA CATENA DI CUSTODIA DEI CAMPIONI BIOLOGICI**

*Incollare etichetta codice identificativo*

*Riportare codice Kit di campionamento*

**Dati Utente**

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Data del prelievo	Ora del prelievo

**Campioni inviati dal PS al Laboratorio UOC Patologia Clinica P.O. Ingrassia**

2	<b>Struttura P.S. inviante:</b>	<b>Operatore addetto al trasporto</b>	<b>UOC Patologia Clinica P.O. Ingrassia</b>
	Cognome e nome	Cognome e nome	Cognome e nome
	Qualifica	Qualifica	Qualifica
	Box sigillato contenente Conservazione campione n. .... provette siero _____ n. .... provette sangue _____ n. .... provette urina _____ n. .... aliquote capelli _____ Note: _____ _____	Box sigillato contenente Conservazione campione n. .... provette siero _____ n. .... provette sangue _____ n. .... provette urina _____ n. .... aliquote capelli _____ Non conformità riscontrate <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ _____	
	Data della consegna ..... Ora della consegna..... Firma.....Firma addetto al trasporto.....	Data della ricezione ..... Ora della ricezione..... Firma.....Firma addetto al trasporto.....	

**Campioni inviati dal Laboratorio UOC Patologia Clinica Ingrassia al Laboratorio UOSD Tossicologia e Biochimica**

2	<b>UOC Patologia Clinica P.O. Ingrassia</b>	<b>Operatore addetto al trasporto</b>	<b>UOSD Tossicologia e Biochimica</b>
	Cognome e nome	Cognome e nome	Cognome e nome
	Qualifica	Qualifica	Qualifica
	Box sigillato contenente Conservazione campione n. .... provette siero _____ n. .... provette sangue _____ n. .... provette urina _____ n. .... aliquote capelli _____ Note: _____ _____	Box sigillato contenente Conservazione campione n. .... provette siero _____ n. .... provette sangue _____ n. .... provette urina _____ n. .... aliquote capelli _____ Non conformità riscontrate <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ _____	
	Data della consegna ..... Ora della consegna..... Firma.....Firma addetto al trasporto.....	Data della ricezione ..... Ora della ricezione..... Firma.....Firma addetto al trasporto.....	



**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 4**