

Visita n. ID Data..... ora..... Fogli n..... di Protocollo n.....

il Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____ residente in _____

via _____ Documento Patente / Carta Identità n.....

Azienda mansione N.Tessera Sanitaria.....

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)

Test droga marca tipo..... **saliva**.....codice n.....

Test droga marca tipo..... **urina**.....codice n.....

Test droga+alcool marca tipo..... **saliva**.....codice n.....

Alcooltest/ etilometro marca **espirato** con il quale sono state effettuate n..... misurazioni a distanza di minuti l'una dall'altra

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 conservati presso.....

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

eseguite in data alle ore.....

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

ETANOLO			
---------	--	--	--

L'INTERESSATO CONFERMA LA SUA PRESENZA: FIRMA DELL' INTERESSATO

FIRMA DEL MEDICO ESAMINATORE

.....

.....

Visita n. ID Data..... ora..... Fogli n..... di Protocollo n.....

ESITO ACCERTAMENTI ANALITICI

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

CONFERMA DELLA PRESENZA FISICA DELL'INTERESSATO : FIRMA DELL' INTERESSATO

Visita n. ID Data..... ora..... Fogli n..... di Protocollo n.....

MODULO DI LABORATORIO I

Compilato presso (indicare laboratorio)

.....

Prot. Data prelievo Data consegna laboratorio

Nome Cognome Codice campione

Note sull'integrità dei campioni ricevuti

Tipo e quantità di campione:

Sangue ml Urine ml Saliva ml

Sede di stoccaggio (*)

SANGUE	URINE	SALIVA
Aliquota I Frigo n	Aliquota I Frigo n.	Aliquota I Frigo n
Aliquota II Frigo n	Aliquota II Frigo n.	Aliquota II (1) Frigo n
Aliquota III Frigo n	Aliquota III Frigo n.	

Firma Responsabile dello stoccaggio

.....

I campioni sono stati prelevati durante la fase degli accertamenti preliminari di screening e sono custoditi in :

Saliva = flacone tipo..... con **tampone** con **cotone idrofilo** codice n.....
 n.1 prelievo n. 2 prelievi

Urina = contenitore tipo..... sterile sigillato codice n.....
Controllo temperatura controllo PH controllo NI controllo CR controllo OX
 n.1 prelievo n. 2 prelievi

I campioni **non** sono stati prelevati durante gli accertamenti preliminari di screening, ma in.....

I campioni sono custoditi in borsa termica e trasferiti come segue : -

TRASFERIMENTO DEI CAMPIONI

Trasferimento delle aliquote II e III il inviate al

per conferma/verifica di

Consegnate in laboratorio il ore

Firma di chi consegna

Firma di chi riceve

(*) Indicare la temperatura di conservazione.

(1) Indicare solo se disponibile