



(spazio riservato per timbro o etichetta)

MODULO RICHIESTA PER ESAMI PRESSO IL CENTRO REGIONALE ANTIDOPING

(da compilare obbligatoriamente in tutte le parti richieste)

STRUTTURA RICHIEDENTE (reparto, pronto soccorso, Ser.D, azienda privata):

ASL DI COMPETENZA: _____

INDIRIZZO: _____

DATI RICHIEDENTE: _____

Reparto/ufficio/Ser.D.: _____

Qualifica: _____

Numero di telefono: _____ Fax: _____

e-mail: _____

DATI PRELIEVO (per ulteriori informazioni v. scheda allegata):

☐ A cura del cliente ☐ Sede esterna al CAD (specificare) _____

DATA PRELIEVO: ____/____/____ ORA: ____:____

DATI PAZIENTE (DA COMPILARE IN STAMPATELLO) SESSO: ☐ M ☐ F

Nome Cognome _____

Data e Luogo di nascita _____

CF _____ N. telefono del paziente _____

N° CAMPIONI INVIATI e MATRICE:

☐ SANGUE/SIERO n° ____ ☐ URINA n° ____ ☐ ALTRO n° ____ (SPECIFICARE) _____

☐ MATRICE CHERATINICA n° ____ specificare capello/pelo _____ lunghezza (cm) _____

ESAMI RICHIESTI:

1. SANGUE/SIERO: ☐ TEST DI SCREENING _____
☐ TEST DI CONFERMA _____

2. URINA: ☐ TEST DI SCREENING _____
☐ TEST DI CONFERMA _____

3. MATRICE CHERATINICA: ☐ TEST DI SCREENING _____
☐ TEST DI CONFERMA _____

4. ALTRO _____

ATTIVITÀ/MOTIVAZIONE RICHIESTA ESAMI:

- ☐ LAVORATORI - MANSIONI A RISCHIO (*indicare se è dipendente dell'ASL:* ☐ Sì ☐ No)
- ☐ ACCERTAMENTI PER MOTIVI CLINICI
- ☐ ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI (ADOZIONE, AFFIDAMENTO, PORTO D'ARMI, ECC.)
- ☐ CONTROLLI AUTORITÀ GIUDIZIARIA (art. 186, 187 CdS)
- ☐ MEDICINA DEL LAVORO
- ☐ SICUREZZA ALIMENTARE
- ☐ ATTIVITÀ PRIVATA

NOTA: Per i campioni di pazienti provenienti dalle Case Circondariali, allegare copia del pagamento.

DATI PER LA FATTURAZIONE:

☐ ASL ☐ Ser.D. ☐ Azienda ☐ Privato ☐ Altro _____

Indicare:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

P.IVA _____

C.FISCALE _____

Contatto amministrativo _____

DATI PER LA REFERTAZIONE:

I referti verranno inviati all'attenzione del richiedente.

Indicare l'indirizzo a cui inviare i referti, solo se diverso dal richiedente:

DATA RICHIESTA: ____/____/____ **TIMBRO E FIRMA DEL RICHIEDENTE** _____

ORARI ACCETTAZIONE CAMPIONI E RITIRO REFERTI:

LUN – VEN 8.30-15.30

Per ulteriori informazioni, si prega di contattare l'accettazione del Centro Regionale Antidoping

tel. 011-90.22.401 fax 011-90.22.4261

e-mail: info@antidoping.piemonte.it – Regione Gonzole 10/1 – 10043 Orbassano – www.antidoping.piemonte.it

Ulteriori indicazioni sulle modalità di esecuzione delle prestazioni, sull'accreditamento e sui metodi di prova accreditati, nonché informazioni sulla conservazione dei campioni e dei rapporti di prova, sono riportate sul sito del CAD (www.antidoping.piemonte.it) nella sezione "Clienti". Tali informazioni costituiscono parte integrante e sostanziale del presente accordo; la firma in calce implica la presa visione e l'accettazione di quanto ivi riportato.