



ASL.....Presidio.....

MODULO RICHIESTA DETERMINAZIONE SOSTANZE D'ABUSO
Controlli ex artt. 186, 186-bis e 187 del Codice della Strada (Legge 120/2010)
(da compilare obbligatoriamente in tutte le parti richieste)

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

A CURA DELL'ENTE INVIANTE

COGNOME E NOME: _____ Sesso _____
LUOGO DI NASCITA _____ Prov. _____
DATA DI NASCITA _____ NAZIONALITÀ _____
CODICE FISCALE _____
DATA DI PRELIEVO _____ ORA DI PRELIEVO _____

DETERMINAZIONI PER ART. 186

- ☐ ETANOLO SU CAMPIONE EMATICO (2 PROVETTE)

DETERMINAZIONE PER ART.187

- ☐ CAMPIONE EMATICO (2 PROVETTE)
☐ CAMPIONE URINARIO (2 PROVETTE)

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| ☐ AMFETAMINE | ☐ METADONE | ☐ CANNABINOIDI | ☐ BARBITURICI |
| ☐ OPIACEI | ☐ COCAINA | ☐ BENZODIAZEPINE | ☐ _____ |

Eventuali richieste analitiche aggiuntive _____

CONSENSO INFORMATO: Confermo di aver compreso le ragioni dell'esame richiesto, di aver potuto esprimere domande e di aver ottenuto chiarimenti adeguati

☐ ACCETTO ☐ RIFIUTO Firma del paziente _____

Firma e timbro del medico richiedente _____

COGNOME E NOME ADDETTO AL TRASPORTO _____

A CURA DEL LABORATORIO

CONFORMITÀ N°CAMPIONI

☐ SI ☐ NO (indicare non conformità) _____

DATA E ORA RITIRO _____

COGNOME E NOME ADDETTO ACCETTAZIONE _____