

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 GIUDIZIARI E LEGALI (IDONEITA' COME ADOZIONE, AFFIDAMENTO, PORTO D'ARMI, ECC.)
- CONTROLLI SU STRADA (art. 186, 187 Cds)

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. 011-90.22.4243 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.