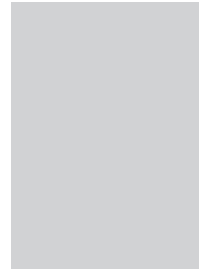


# **MODULISTICA**

**(scaricabile dal CD allegato)**



- *MODULO 1: Protocollo di accertamento di idoneità alla guida.*  
**Controlli di Polizia Giudiziaria.**
- *MODULO 2: Protocollo di accertamento di idoneità alla guida.*  
**Controlli Medici di Polizia Giudiziaria.**
- *MODULO 3: Protocollo di accertamento di idoneità alla guida.*  
**Controlli Medico-Giudiziari su conducenti ospedalizzati.**
- *MODULO 4: Protocollo di accertamento di idoneità alla guida.*  
**Controlli Medico-Amministrativi su candidati/titolari di patente di guida.**



# **MODULO 1**

*Protocollo di accertamento di idoneità  
alla guida*

**Controlli di  
Polizia Giudiziaria**



**IDONEITÀ ALLA GUIDA  
PROTOCOLLO DI ACCERTAMENTO**

**CONTROLLI DI POLIZIA GIUDIZIARIA**

**OPERATORE DI P.G.**

.....

N. Protocollo .....

**SOGGETTO ESAMINATO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Documento di identità \_\_\_\_\_  
 Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_

**ETILOMETRO**

I prova ESITO ..... mg% $\mu$ L ora .....

II prova ESITO ..... mg% $\mu$ L ora .....

Indagine non eseguibile

MOTIVAZIONE .....

**STATO PSICO-FISICO**

alitosi etilica  
 eloquio alterato  logorrea  rallentamento  
 alterazione dell'equilibrio  
 incoordinazione dei movimenti  
 altro .....

**ON SITE DRUG TESTING**

CAMPIONE            urina     saliva     sudore   
 negativo  
 positivo             amfetamine  
                            benzodiazepine  
                            cannabinoidi  
                            cocaina  
                            oppiacei  
                            altro

*A cura dell'Operatore di Polizia*

**TEST DI INTERAZIONE UOMO-MACCHINA****DIVIDED ATTENTION TEST****Response Competition Test (RCT)**

- Normale
- Borderline
- Patologico

**Memory Test (MT)**

- Normale
- Borderline
- Patologico

**Static Body Sway Test**

- Normale
- Borderline
- Patologico

**Static Body Sway Divided Attention Test**

- Normale
- Borderline
- Patologico

Note

.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Firma dell'Operatore di Polizia****Firma del Soggetto Esaminato***A cura dell'Operatore di Polizia*

**QUESTURA DI .....**  
**- Ufficio Sanitario Provinciale -**

**CERTIFICATO**

Al Comando della Polizia Stradale di .....

....., .....

Protocollo .....

OGGETTO: Sig. ....

nato a ..... il .....

Residente a .....

Si certifica che la persona indicata in oggetto è stata sottoposta ad indagini giudiziarie per accertare i reati di guida sotto l'influenza dell'alco e/o di sostanze stupefacenti o psicotrope, rispettivamente ex artt. 186 e 187 del C.d.S.

Le suddette indagini hanno evidenziato

Tasso alcolimetrico accertato mediante etilometro pari a ..... mg%<sub>mL</sub>

Segni sintomatici di alterazione psico-fisica correlabile al consumo di sostanze psicoattive

Positività all'ON-SITE TESTING su saliva, urina, sudore, per .....

....., confermata dalle analisi chimico-tossicologiche effettuate mediante tecniche GC-MS, HPLC-MS c/o il Laboratorio .....

Positività dei Test di Interazione Uomo-Macchina .....

..... correlabile al consumo di .....

La valutazione integrata dei dati sovraesposti consente di affermare che il signor/la signora ..... al momento dell'indagine era in:

- Stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche.
- Alterazione fisica e psichica correlata con l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope rispettivamente ex artt. 186 e 187 del C.d.S.

*A cura dell'Operatore di Polizia*



## **MODULO 2**

*Protocollo di accertamento di idoneità  
alla guida*

**Controlli Medici di  
Polizia Giudiziaria**



IDONEITÀ ALLA GUIDA  
 PROTOCOLLO DI ACCERTAMENTO

**CONTROLLI MEDICI DI POLIZIA GIUDIZIARIA**

**Dati Relativi al Soggetto**

Il medico esaminatore ..... N. Protocollo .....

Cognome .....	Nome .....	
Data di nascita .....	Sesso ..... Età .....	
Documento di identità	<input type="checkbox"/> Carta di identità	<input type="checkbox"/> Patente di Guida
Residenza via .....	n. ....	
Comune .....	(Prov.) ..... Nazionalità .....	

Data accertamento .....	Ora inizio accertamento .....
Località accertamento .....	

Il conducente fornisce il consenso all'accertamento
testimoniato da .....

I prova etilometro (mg% <sub>mL</sub> ) .....	Ora .....
II prova etilometro (mg% <sub>mL</sub> ) .....	Ora .....

<b>Proveniente da</b> <input type="checkbox"/> Discoteca <input type="checkbox"/> Altro locale pubblico <input type="checkbox"/> Abitazione privata <input type="checkbox"/> Altro .....	<b>Categoria patente di guida</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Altro	
<b>Esperienza di guida</b> <input type="checkbox"/> < 1 anno <input type="checkbox"/> 1-5 anni <input type="checkbox"/> 5-10 anni <input type="checkbox"/> > 10 anni	<b>Stato civile</b> <input type="checkbox"/> Celibe <input type="checkbox"/> Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> .....	<b>Occupato</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> .....

A cura del Medico di Polizia

### Dati Relativi al Soggetto

#### Scolarità

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nessuna                      | <input type="checkbox"/> Diploma Scuola Media Superiore   |
| <input type="checkbox"/> Licenza Elementare           | <input type="checkbox"/> Diploma Scuola Parauniversitaria |
| <input type="checkbox"/> Licenza Media Inferiore      | <input type="checkbox"/> Diploma di Laurea                |
| <input type="checkbox"/> Diploma Scuola Professionale | <input type="checkbox"/> .....                            |

#### Anamnesi Positiva per Consumo di Sostanze Stupefacenti e Psicotrope

- |  |   |  |                                   |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No            | <input type="checkbox"/> Amfetamine     | <input type="checkbox"/> Cannabis indica | <input type="checkbox"/> Oppiacei |
| <input type="checkbox"/> Alcol Etílico | <input type="checkbox"/> Barbiturici    | <input type="checkbox"/> Cocaina         | <input type="checkbox"/> .....    |
| <input type="checkbox"/> Allucinogeni  | <input type="checkbox"/> Benzodiazepine | <input type="checkbox"/> Metadone        |                                   |

#### Consumo

- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Recente | <input type="checkbox"/> Pregresso |
|----------------------------------|------------------------------------|

#### Altro

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Firma del Medico Esaminatore**

.....

**Firma del Soggetto Esaminato**

.....

*A cura del Medico di Polizia*

### Esame Medico Obiettivo Mirato

PAO ..... mmHg

Frequenza cardiaca (batt/min) ..... Ritmico    Si  No

Itterico     Si  No

<b>Mucosa nasale</b>	Erosioni	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Segni di Flogosi	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Mancanza di Strutture Pilifere	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**Agopunture Venose**     No     Recenti     Pregresse

Sede

.....

.....

.....

<b>Pupille</b>		<b>Reazioni alla luce</b>	
Isocoriche	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Normoreagenti	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anisocoriche	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Iporeagenti	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Midriatiche	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fotofobia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Miotiche	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Consensuale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Convergenza</b>		<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Patologico	

<b>Eloquio</b>	<input type="checkbox"/> Normale	<b>Manovra indice naso</b>	<input type="checkbox"/> Normale	<b>Romberg</b>	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Borderline		<input type="checkbox"/> Borderline		<input type="checkbox"/> Borderline
	<input type="checkbox"/> Indistinto		<input type="checkbox"/> Patologico		<input type="checkbox"/> Patologico

**Presenza dei seguenti segni e sintomi**

<input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria	<input type="checkbox"/> Marcia instabile	<input type="checkbox"/> Sbadigli	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> Midriasi	<input type="checkbox"/> Sonnolenza	.....
<input type="checkbox"/> Diplopia	<input type="checkbox"/> Miosi	<input type="checkbox"/> Sudorazione	.....
<input type="checkbox"/> Euforia	<input type="checkbox"/> Nistagmo	<input type="checkbox"/> Tachicardia	.....
<input type="checkbox"/> Incoordinazione	<input type="checkbox"/> Piloerezione	<input type="checkbox"/> Tachilalia	
<input type="checkbox"/> Iperemia Congiuntivale	<input type="checkbox"/> Pronuncia indistinta	<input type="checkbox"/> Tremori	
<input type="checkbox"/> Lacrimazione	<input type="checkbox"/> Rinorrea	<input type="checkbox"/> Vertigini	

**Note**

.....

A cura del Medico di Polizia

### Campioni Biologici

<b>Sangue</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	aliquota A mL ----- aliquota B1 mL ----- aliquota B2 mL -----	----- ----- -----	h. -----
<b>Urina</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	aliquota A mL ----- aliquota B1 mL ----- aliquota B2 mL -----	----- ----- -----	h. -----
<b>Caratteristiche Urina</b>	<input type="checkbox"/> Giallo <input type="checkbox"/> Giallo scuro <input type="checkbox"/> Rosa/Rosso	<input type="checkbox"/> Bruno <input type="checkbox"/> Limpida <input type="checkbox"/> Torbida	Temperatura ----- pH -----	
<b>On Site Drug Testing</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo		
	<input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Sudore	<input type="checkbox"/> Amfetamine <input type="checkbox"/> Benzodiazepine <input type="checkbox"/> Cannabis indica <input type="checkbox"/> Cocaina <input type="checkbox"/> Oppiacei <input type="checkbox"/> Altro -----		
<b>Note</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 30px;">           -----            -----            -----         </div>			
<b>Modalità di raccolta dei campioni</b>				
<p>— Raccogliere: 10 mL di sangue in provette eparinate detergendo la cute con prodotti non alcolici; almeno 30 mL di urina in contenitore di plastica munito di tappo a vite.</p> <p>— I campioni di sangue e urina sono divisi in 2 aliquote (A e B). L'aliquota B è suddivisa in 2 frazioni uguali (B1 e B2).</p> <p>— Aliquota A per Analisi Preliminari e di Conferma. — Aliquota B1 per Ulteriori Accertamenti. — Aliquota B2 per Controanalisi.</p> <p>Le etichette devono riportare i dati anagrafici del soggetto, la firma autografa del soggetto, dati temporali ed identificativi delle circostanze del prelievo, n° di protocollo. I campioni resteranno depositati e conservati a -20°C presso ----- per un periodo di quattro mesi a partire dalla data di comunicazione scritta dei risultati di analisi.</p>				
<b>Firma del Medico Esaminatore</b>		<b>Firma del Soggetto Esaminato</b>		
-----		-----		

A cura del Medico di Polizia

**TEST DI INTERAZIONE UOMO/MACCHINA**

**DIVIDED ATTENTION TEST**

<p><b>Response Competition Test (RCT)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Normale  <input type="checkbox"/> Borderline  <input type="checkbox"/> Patologico</p> <p><b>Static Body Sway Test</b></p> <p><input type="checkbox"/> Normale  <input type="checkbox"/> Borderline  <input type="checkbox"/> Patologico</p>	<p><b>Memory Test (MT)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Normale  <input type="checkbox"/> Borderline  <input type="checkbox"/> Patologico</p> <p><b>Static Body Sway Divided Attention Test</b></p> <p><input type="checkbox"/> Normale  <input type="checkbox"/> Borderline  <input type="checkbox"/> Patologico</p>
---	--

**Note**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<p><b>Firma del Medico Esaminatore</b></p> <p>.....</p>	<p><b>Firma del Soggetto Esaminato</b></p> <p>.....</p>
---	---

A cura del Medico di Polizia

## DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DI PROBABILITÀ

### Sospetto clinico

- |                                       |   |                                   |                                   |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcol        | <input type="checkbox"/> Barbiturici    | <input type="checkbox"/> Cocaina  | <input type="checkbox"/> Oppiacei |
| <input type="checkbox"/> Allucinogeni | <input type="checkbox"/> Benzodiazepine | <input type="checkbox"/> Inalanti | <input type="checkbox"/> Altro    |
| <input type="checkbox"/> Amfetamine   | <input type="checkbox"/> Cannabinoidi   | <input type="checkbox"/> Metadone |                                   |

### Diagnosi medico-legale di probabilità

L'esame medico-legale prova che

il Sig./la Sig.ra .....

è attualmente

**IDONEO** alla guida dei veicoli a motore

**NON IDONEO** alla guida dei veicoli a motore

....., li ...../...../..... ore .....

Il medico .....

*A cura del Medico di Polizia*

**CONTROLLI MEDICI DI POLIZIA  
GIUDIZIARIA SU CONDUCENTI  
CIRCOLANTI EX ART. 187 C.d.S.****Modulo di Consenso/Dissenso**

Il Sig./la Sig.ra ..... dichiara il suo  
consenso a sottoporsi, ai sensi dell'art. 187 DL 285/92 e successive modifiche ai sottoelen-  
cati accertamenti clinici

— **visita medica ed esame testistico**       SI    NO

— **prelievo ed analisi di liquidi biologici**

sangue	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
urina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
saliva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sudore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**Tali accertamenti sono volti a dimostrare le guida in stato di alterazione fisica  
e psichica correlata con l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope**

....., li ...../...../..... ore .....

**Firma del Medico Esaminatore**                      **Firma del Soggetto Esaminato**

.....

*A cura del Medico di Polizia*

## VERBALE DI PRELIEVO DEI CAMPIONI BIOLOGICI

Il sottoscritto Dott. ...., medico esaminatore dell'U.O. .... dell'Azienda ospedaliera di ..... certifica di aver prelevato i sottoelencati campioni di liquidi biologici nelle quantità minime di circa 30 mL per i campioni di urina e di circa 10 mL per i campioni di sangue. I campioni sono stati suddivisi in 2 aliquote (A e B). L'aliquota B è stata suddivisa in 2 frazioni (B1 e B2). I campioni sono stati posti in una scatola sigillata con **etichetta inamovibile e riportante il numero di protocollo**.

<p>Luogo del prelievo (PROV.) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: center;">Incollare qui l'etichetta del prelievo e completare il riquadro</p> </div> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> Urina</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> Sangue</p> <p>Firma del Medico .....</p> <p>Data ...../...../.....</p>	<p>Misura del tasso alcolemico mediante etilometro</p> <p>Lettura 1 ..... mg%<math>\text{mL}</math></p> <p>Lettura 2 ..... mg%<math>\text{mL}</math></p> <p>On Site Drug Testing <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Negativo      <input type="checkbox"/> Positivo per</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Amfetamine</li> <li><input type="checkbox"/> Benzodiazepine</li> <li><input type="checkbox"/> Cannabis indica</li> <li><input type="checkbox"/> Cocaina</li> <li><input type="checkbox"/> Oppiacei</li> </ul> <p>Sospetto clinico per</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alcol etilico</li> <li><input type="checkbox"/> Allucinogeni</li> <li><input type="checkbox"/> Amfetamine</li> <li><input type="checkbox"/> Barbiturici</li> <li><input type="checkbox"/> Benzodiazepine</li> <li><input type="checkbox"/> Cannabis indica</li> <li><input type="checkbox"/> Cocaina</li> <li><input type="checkbox"/> Inalanti</li> <li><input type="checkbox"/> Metadone</li> <li><input type="checkbox"/> Oppiacei</li> <li><input type="checkbox"/> Altro</li> </ul> <p>Il soggetto dichiara di assumere i seguenti farmaci</p> <p>.....</p>
--	--

Il presente verbale dovrà essere inviato in busta chiusa alla U.O. .... congiuntamente alla scatola contenente i campioni.

*A cura del Medico di Polizia*



ASL/Azienda Ospedaliera di .....

Unità Operativa .....

**Verbale di catena di custodia**  
*Accettazione dei campioni biologici in Laboratorio*

Dichiaro di ricevere la scatola chiusa con sigillo recante il numero .....  
 contenente i seguenti campioni:

Aliquota A      per ANALISI PRELIMINARI E DI CONFERMA

Aliquota B1     per ULTERIORI ACCERTAMENTI

Aliquota B2     per CONTROANALISI

*ed il relativo verbale di prelievo.*

Dichiaro che il contenuto della scatola

*corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo*

*non corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo*

*Quantità insufficiente*

*Altro*

*Nominativo sbagliato*

.....  
 .....  
 .....

Note sull'integrità dei campioni ricevuti .....

Il Tecnico di Laboratorio

Firma ..... Data ..../../.....

*A cura del Personale del Laboratorio della Struttura Sanitaria Pubblica*

**CERTIFICATO  
SCHEMA**

Al comando della Polizia Stradale di .....

Protocollo ..... U.O. ....

Oggetto: accertamento tossicologico forense sul Sig. ....  
effettuato in località ..... alle ore .....  
del giorno ..... ai sensi degli artt. 186-187 del C.d.S.

La valutazione integrata dei risultati emersi dall'accertamento clinico-testistico e dei risultati chimico-analitici sottoriportati implica il giudizio medico-legale di valenza tossicologico-forense esposto di seguito.

Il sig./la sig.ra ..... **non** si trovava, al momento dell'esame e del prelievo di liquidi biologici in stato di ebbrezza da alcol etilico o in condizioni di alterazione fisica e psichica da sostanze stupefacenti o psicotrope, ex artt. **186 e 187** del C.d.S.

Il sig./la sig.ra ..... **si** trovava, al momento dell'esame e del prelievo di liquidi biologici, in stato di alterazione fisica e psichica da sostanze stupefacenti e psicotrope, ex art. **187** del C.d.S.  
In particolare gli esami di laboratorio condotti con tecniche ..... hanno escluso la presenza di alcol etilico ed hanno evidenziato la presenza di ..... nei liquidi biologici.

Il sig./la sig.ra ..... **si** trovava, al momento dell'esame e del prelievo di liquidi biologici, in stato di ebbrezza da alcol etilico ed in stato di alterazione fisica e psichica da sostanze stupefacenti e psicotrope, ex artt. **186 e 187** del C.d.S.  
In particolare gli esami di laboratorio condotti con tecniche ..... hanno evidenziato la presenza di alcol etilico e di ..... nei liquidi biologici.

*A cura del Medico di Polizia*

ASL/Azienda Ospedaliera di .....

Unità Operativa .....

Sostanza	Concentrazione	Sangue	Urina
<b>Alcol etilico</b>	----- mg/100 mL	-----	-----
<b>Amfetamine</b>	----- ng/mL	-----	-----
	-----	-----	-----
	-----	-----	-----
<b>Barbiturici</b>	-----	-----	-----
	-----	-----	-----
<b>Benzodiazepine</b>	----- mcg/mL	-----	-----
	-----	-----	-----
	-----	-----	-----
<b>Cocaina</b>	----- ng/mL	-----	-----
	-----	-----	-----
<b>Oppiacei</b>	----- ng/mL	-----	-----
	-----	-----	-----
	-----	-----	-----
<b>THC-COOH</b>	----- ng/mL	-----	-----
<b>Altro</b>	-----	-----	-----
	-----	-----	-----

**Il Medico Esaminatore**

**Il Direttore U.O.**

**L'Analista del Laboratorio**

-----

-----

-----

*A cura del Medico di Polizia*

## **MODULO 3**

*Protocollo di accertamento di idoneità  
alla guida*

**Controlli Medico Giudiziari  
SU  
Conducenti Ospedalizzati**



ASL/Azienda Ospedaliera di .....  
 Unità Operativa .....

**IDONEITÀ ALLA GUIDA  
 PROTOCOLLO DI ACCERTAMENTO  
 CONTROLLI MEDICO-GIUDIZIARI  
 SU CONDUCENTI OSPEDALIZZATI**

<b>RICHIEDENTE</b>	U.O./Divisione ..... N. Protocollo ..... Medico ..... Tel. .... Fax .....
<b>PAZIENTE</b>	Cognome ..... Nome ..... M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Data e luogo di nascita ..... Ricoverato SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CODICE SANITARIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>MOTIVO DELLA RICHIESTA</b>	<input type="checkbox"/> Incidente stradale <input type="checkbox"/> Guida scorretta <input type="checkbox"/> Malore <input type="checkbox"/> Stato confusionale <input type="checkbox"/> Altro ..... Data e ora evento ..... Località ..... Etilometro SI <input type="checkbox"/> (..... mg% $\mu$ L) NO <input type="checkbox"/> Screening urine SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>NATURA DELLE INDAGINI</b>	Tutela della salute <input type="checkbox"/> Indagini tecniche giudiziarie <input type="checkbox"/> Autorità richiedente ..... Consenso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Incapace di fornire il consenso per .....
<b>QUADRO CLINICO</b>	..... ..... ..... .....
<b>FARMACI</b>	Somministrati ..... ..... ..... Assunti ..... .....



**CONTROLLI MEDICO-GIUDIZIARI  
SU CONDUCENTI OSPEDALIZZATI  
EX ARTT. 186-187 C.d.S.**

**Modulo di Consenso/Dissenso**

Il Sig./la Sig.ra ..... dichiara il suo  
consenso a sottoporsi, ai sensi degli artt. 186 e 187 DL 285/92 e successive modifiche ai  
sottoelencati accertamenti clinici

— **visita medica**  SI  NO  
**(obbligatoria per la contestazione dell'art. 187)**

— **prelievo ed analisi di liquidi biologici**

sangue	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
urina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

**Tali accertamenti sono volti a dimostrare la guida in stato di alterazione fisica  
e psichica correlata con l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope**

....., li ...../...../..... ore .....

**Firma del Medico Esaminatore**

**Firma del Soggetto Esaminato**

.....

.....

ASL/Azienda Ospedaliera di .....

Unità Operativa .....

### Campioni Biologici

Sangue	<input type="checkbox"/> Sì	aliquota A	mL	.....	
	<input type="checkbox"/> No	aliquota B1	mL	.....	h. ....
		aliquota B2	mL	.....	
Urina	<input type="checkbox"/> Sì	aliquota A	mL	.....	
	<input type="checkbox"/> No	aliquota B1	mL	.....	h. ....
		aliquota B2	mL	.....	
<b>Caratteristiche Urina</b>	<input type="checkbox"/> Giallo	<input type="checkbox"/> Bruno	Temperatura .....		
	<input type="checkbox"/> Giallo scuro	<input type="checkbox"/> Limpida			
	<input type="checkbox"/> Rosa/Rosso	<input type="checkbox"/> Torbida	pH .....		
<b>Note</b>					
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>					
<b>Modalità di raccolta dei campioni</b>					
<p>— Raccogliere: 10 mL di sangue in provette eparinate detergendo la cute con prodotti non alcolici; almeno 30 mL di urina in contenitore di plastica munito di tappo a vite.</p> <p>— I campioni di sangue e urina sono divisi in 2 aliquote (A e B). L'aliquota B è suddivisa in 2 frazioni uguali (B1 e B2).</p> <p>— Aliquota A per Analisi preliminari e di Conferma.</p> <p>— Aliquota B1 per Ulteriori Accertamenti.</p> <p>— Aliquota B2 per Controanalisi.</p> <p>Le etichette devono riportare i dati anagrafici del soggetto, la firma autografa del soggetto, dati temporali ed identificativi delle circostanze del prelievo, n° di protocollo. I campioni resteranno depositati e conservati a -20°C presso ..... per un periodo di quattro mesi a partire dalla data di comunicazione scritta dei risultati di Analisi.</p>					
<b>Firma del Medico Esaminatore</b>			<b>Firma del Soggetto Esaminato</b>		
.....			.....		

A cura del Medico della Struttura Sanitaria Pubblica

### VERBALE DI PRELIEVO DEI CAMPIONI BIOLOGICI

Il sottoscritto Dott. ...., medico esaminatore dell'U.O. .... dell'Azienda ospedaliera di ..... certifica di aver prelevato i sottoelencati campioni di liquidi biologici nelle quantità minime di circa 30 mL per i campioni di urina e di circa 10 mL per i campioni di sangue. I campioni sono stati suddivisi in 2 aliquote (A e B). L' aliquota B è stata suddivisa in 2 frazioni (B1 e B2). I campioni sono stati posti in una scatola sigillata con **etichetta inamovibile e riportante il numero di protocollo.**

<div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin-bottom: 10px; padding: 5px;">                 Incollare qui l'etichetta del prelievo e completare il riquadro             </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Urina                 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sangue                 </div> </div> <div style="margin-top: 20px;">                 Firma del Medico .....                  Data ..... / ..... / .....             </div>	<p>Sospetto clinico per</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alcol etilico</li> <li><input type="checkbox"/> Allucinogeni</li> <li><input type="checkbox"/> Amfetamine</li> <li><input type="checkbox"/> Barbiturici</li> <li><input type="checkbox"/> Benzodiazepine</li> <li><input type="checkbox"/> Cannabis indica</li> <li><input type="checkbox"/> Cocaina</li> <li><input type="checkbox"/> Inalanti</li> <li><input type="checkbox"/> Metadone</li> <li><input type="checkbox"/> Oppiacei</li> <li><input type="checkbox"/> Altro</li> </ul> <p style="margin-top: 20px;">Il soggetto dichiara di assumere i seguenti farmaci</p> <p>.....</p>
---	--

Il presente verbale dovrà essere inviato in busta chiusa alla U.O. .... congiuntamente alla scatola contenente i campioni.

*A cura del Medico della Struttura Sanitaria Pubblica*

ASL/Azienda Ospedaliera di .....

Unità Operativa .....

**Verbale di catena di custodia**  
*Trasporto dei campioni biologici*

Dichiaro di ricevere dal Dott. .... la scatola contrassegnata dal numero ..... e la busta indirizzata alla U.O. .... contenente il verbale di prelievo.

Infermiere ..... Firma ..... Data .../.../....

Dipendente addetto al trasporto ..... Firma ..... Data .../.../....

..... Firma ..... Data .../.../....

Dichiaro di ricevere la scatola contrassegnata dal numero ..... e la busta indirizzata alla U.O. contenente il verbale di prelievo.

Ricezione campioni c/o la U.O. .... Firma ..... Data .../.../....

*A cura del Personale addetto al trasporto e del Personale del Laboratorio della Struttura Sanitaria Pubblica*

ASL/Azienda Ospedaliera di .....

Unità Operativa .....

**Verbale di catena di custodia**  
*Accettazione dei campioni biologici in Laboratorio*

Dichiaro di ricevere la scatola chiusa con sigillo recante il numero .....  
contenente i seguenti campioni:

Aliquota A per ANALISI PRELIMINARI E DI CONFERMA

Aliquota B1 per ULTERIORI ACCERTAMENTI

Aliquota B2 per CONTROANALISI

ed il relativo verbale di prelievo.

Dichiaro che il contenuto della scatola

corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo

non corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo

Quantità insufficiente

Altro

Nominativo sbagliato

.....  
.....  
.....

Note sull'integrità dei campioni ricevuti .....

Il Tecnico di Laboratorio

Firma ..... Data .../.../.....

A cura del Personale del Laboratorio della Struttura Sanitaria Pubblica

ASL/Azienda Ospedaliera di .....

Unità Operativa .....

**SCHEMA**

Al comando della Polizia Stradale di .....

Protocollo ..... U.O. ....

**Oggetto:** accertamento tossicologico forense sul Sig. ....  
 effettuato in località ..... alle ore .....  
 del giorno ..... ai sensi degli artt. 186-187 del C.d.S.

La valutazione integrata dei risultati emersi dall'accertamento clinico-testistico e dei risultati chimico-analitici sottoriportati implica il giudizio medico-legale di valenza tossicologico-forense esposto di seguito.

Il sig./la sig.ra ..... **non** si trovava, al momento dell'esame e del prelievo di liquidi biologici in stato di ebbrezza da alcol etilico o in condizioni di alterazione fisica e psichica da sostanze stupefacenti o psicotrope, ex artt. **186 e 187** del C.d.S.

Il sig./la sig.ra ..... **si** trovava, al momento dell'esame e del prelievo di liquidi biologici, in stato di ebbrezza da alcol etilico, ex art. **186** del C.d.S.  
 In particolare gli esami di laboratorio condotti con tecniche ..... hanno escluso la presenza di sostanze stupefacenti ed hanno evidenziato la presenza di alcol etilico nei liquidi biologici.

Il sig./la sig.ra ..... **si** trovava, al momento dell'esame e del prelievo di liquidi biologici, in stato di alterazione fisica e psichica da sostanze stupefacenti e psicotrope, ex art. **187** del C.d.S.  
 In particolare gli esami di laboratorio condotti con tecniche ..... hanno escluso la presenza di alcol etilico ed hanno evidenziato la presenza di ..... nei liquidi biologici.

Il sig./la sig.ra ..... **si** trovava, al momento dell'esame e del prelievo di liquidi biologici, in stato di ebbrezza da alcol etilico ed in stato di alterazione fisica e psichica da sostanze stupefacenti e psicotrope, ex artt. **186 e 187** del C.d.S.  
 In particolare gli esami di laboratorio condotti con tecniche ..... hanno evidenziato la presenza di alcol etilico e di ..... nei liquidi biologici.

*A cura del Medico della Struttura Sanitaria Pubblica*

Sostanza	Concentrazione	Sangue	Urina
<b>Alcol etilico</b>	----- mg/100 mL	-----	-----
<b>Amfetamine</b>	----- ng/mL	-----	-----
	-----	-----	-----
<b>Barbiturici</b>	-----	-----	-----
	-----	-----	-----
<b>Benzodiazepine</b>	----- mcg/mL	-----	-----
	-----	-----	-----
<b>Cocaina</b>	----- ng/mL	-----	-----
	-----	-----	-----
<b>Oppiacei</b>	----- ng/mL	-----	-----
	-----	-----	-----
<b>THC-COOH</b>	----- ng/mL	-----	-----
<b>Altro</b>	-----	-----	-----
	-----	-----	-----

**Il Medico Esaminatore**

**Il Direttore U.O.**

**L'Analista del Laboratorio**

-----

-----

-----

*A cura del Medico della Struttura Sanitaria Pubblica*



## **MODULO 4**

*Protocollo di accertamento di idoneità  
alla guida*

**Controlli Medico-Amministrativi  
SU  
Candidati/Titolari  
di patente di guida**



**IDONEITÀ ALLA GUIDA**  
**PROTOCOLLO DI ACCERTAMENTO**  
**CONTROLLI MEDICO-AMMINISTRATIVI**  
**SU CANDIDATI/TITOLARI DI PATENTE DI GUIDA**

Medico Esaminatore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**MOTIVO DELL'INDAGINE**

<input type="checkbox"/> Idoneità alla guida <input type="checkbox"/> Rilascio <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Revisione scade il ...../...../.....</span> Categoria patente    A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
1. Commissione Medica-locale    ..... <input type="checkbox"/> 2. Istanza personale <input type="checkbox"/>

**DATI CIRCOSTANZIALI**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ANAMNESI FAMILIARE**

Genitori .....

Fratelli .....

Familiarità per tossicodipendenza .....

*A cura del Medico della Struttura Sanitaria Competente*

**ANAMNESI FISIOLÓGICA**

Primi atti fisiol. e sviluppo psicofisico .....	
Scolarità .....	Servizio di Leva .....
Stato civile .....	Figli .....
Appetito .....	Dieta .....
Caffè .....	Fumo .....
Ritmo S/V .....	Ipnoinducenti .....
Peso abituale (↑-↓ negli ultimi mesi) .....	

**ANAMNESI PATOLOGICA**

Malattie infanzia .....	
Ricoveri (incid. stradali; infort. lavoro) .....	
Epatite	non sa <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> cronica <input type="checkbox"/>
HIV <input type="checkbox"/>	non sa <input type="checkbox"/>
Terapie in corso .....	
Allergie .....	

**STORIA DROGASTICA**

.....
.....
.....
.....

**STORIA ALCOLOGICA**

Età primo contatto .....	
Primo episodio di ebbrezza .....	
Uso continuativo .....	
Periodo di interruzione .....	
Effetti ricercati .....	
Modalità consumo	<input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Birra <input type="checkbox"/> Superalcolici
	<input type="checkbox"/> Continuativo <input type="checkbox"/> Abuso occasionale/periodico
	<input type="checkbox"/> Poliassunzione sostanze psicoattive
Programmi terapeutici .....	
.....	
.....	
.....	

**ANAMNESI DROGASTICA FINALIZZATA (criteri DSM IV)**

RIFERISCE: consumo attuale   
 consumo pregresso   
 assenza consumo

**I CRITERIO**

**Tolleranza marcata: bisogno di quantità notevolmente più elevata della sostanza (p.e. aumento del 50%) per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato; oppure effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità.**

Le è mai capitato di:

- a) andare in overdose dopo un periodo di astinenza?  
 SI  NO
- b) dover aumentare il consumo della sostanza psicoattiva almeno del 50%?  
 SI  NO
- c) bere un litro di vino e poi guidare l'autovettura?  
 SI  NO
- d) spendere molto di più per l'acquisto di alcolici o sostanze psicoattive rispetto ai periodi iniziali?  
 SI  NO
- e) aumentare la frequenza di assunzione di cannabis?  
 SI  NO
- f) assumere benzodiazepine o bere un bicchiere di vino la mattina appena alzato?  
 SI  NO
- g) assumere analgesici o psicofarmaci per evitare disturbi di astinenza?  
 SI  NO
- h) avere un persistente bisogno compulsivo di assumere cocaina?  
 SI  NO

**II CRITERIO****Caratteristici sintomi di astinenza.**

Ha mai sofferto dei seguenti sintomi per la cessazione o la riduzione dell'assunzione di alcol o della sostanza psicoattiva?

**Oppiacei**

bisogno compulsivo	<input type="checkbox"/>	nausea o vomito	<input type="checkbox"/>
lacrimazione	<input type="checkbox"/>	rinorrea	<input type="checkbox"/>
midriasi	<input type="checkbox"/>	piloerezione	<input type="checkbox"/>
sudorazione	<input type="checkbox"/>	dolori muscolari	<input type="checkbox"/>
diarrea	<input type="checkbox"/>	sbadigli	<input type="checkbox"/>
tachicardia	<input type="checkbox"/>	febbre	<input type="checkbox"/>
insonnia	<input type="checkbox"/>		

**Alcol**

nausea o vomito	<input type="checkbox"/>	malessere	<input type="checkbox"/>
debolezza	<input type="checkbox"/>	tachicardia	<input type="checkbox"/>
sudorazione	<input type="checkbox"/>	ansia	<input type="checkbox"/>
irritabilità	<input type="checkbox"/>	allucinazioni	<input type="checkbox"/>
cefalea	<input type="checkbox"/>	insonnia	<input type="checkbox"/>
delirium	<input type="checkbox"/>	allucinosi	<input type="checkbox"/>
amnesie	<input type="checkbox"/>		

**Cocaina**

affaticabilità                                             insonnia

agitaz. psicomotoria                      

**Amfetamine**

affaticabilità                                             insonnia

ipersonnia                                             agitaz. psicomotoria

**Sedativi, Ipnotici, Ansiolitici**

nausea                                             vomito

malessere                                             debolezza

tachicardia                                             sudorazione

irritabilità                                             ipotensione

tremori grossolani                                             insonnia marcata

amnesia                                             delirium

**III CRITERIO**

***La sostanza è spesso assunta in quantità maggiore o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto.***

Le è mai capitato di:

- a) bere un bicchiere di vino o alcolici e non riuscire a smettere?  
SI                       NO
- b) proporsi di bere solo ai pasti e non riuscirci?  
SI                       NO
- c) proporsi di assumere eroina ogni tanto (es. nei weekend) e non riuscirci?  
SI                       NO
- d) andare incontro a ripetute overdose?  
SI                       NO
- e) assumere ipnotici (es. Roipnol, Halcion) durante la giornata?  
SI                       NO
- f) fumare cannabis con cadenza quasi giornaliera?  
SI                       NO
- g) usare cocaina quasi ogni giorno o parecchie volte al giorno?  
SI                       NO

**IV CRITERIO**

***Desiderio persistente, oppure uno o più tentativi infruttuosi di sospendere o controllare l'uso della sostanza.***

In passato è stato sottoposto a trattamenti per l'abuso di alcol o sostanze psicoattive?

SI                       NO

Quante volte?                      Tante                       Alcune

In quali strutture?

Ospedali

Servizi competenti

Comunità terapeutiche

**V CRITERIO**

***Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza***

**(p.e. furto), ad assumerla ( p.e. fumando “in catena”), o a riprendersi dagli effetti.**

Quale lavoro svolge attualmente?

.....

Le è mai capitato di abbandonare il posto di lavoro per recarsi a bere o ad assumere sostanze psicoattive?

SI  NO

È di frequente assente dal lavoro?

SI  NO

Ha avuto problemi con la Giustizia connessi con l'uso di alcol e/o sostanze?

SI  NO

Sono attualmente in corso pendenze giudiziarie?

SI  NO

#### VI CRITERIO

**Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza.**

Le è mai capitato di:

a) bere alcuni bicchieri di vino o alcolici (o assumere sostanze psicoattive) e poi guidare l'auto-vettura?

SI  NO

b) essere vittima di incidenti stradali o infortuni sul lavoro, mentre si trovava in stato di intossicazione o di astinenza?

SI  NO

c) interrompere lavori importanti perché in stato di intossicazione o di astinenza?

SI  NO

#### VII CRITERIO

**Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di aver un problema, persistente o ricorrente, di natura sociale, psichica o fisica causato o esacerbato dall'uso della sostanza (p.e. il soggetto continua ad usare eroina malgrado discussioni familiari, depressione indotta da cocaina, o presenza di un'ulcera aggravata dal bere).**

È mai stato in ospedale per disintossicarsi?

SI  NO

Una volta dimesso ha ripreso subito il consumo dell'alcol (o della sostanza psicoattiva)?

SI  NO

Soffre di epatopatia?

SI  NO

È portatore del virus HIV?

SI  NO

Ha problemi lavorativi connessi al consumo dell'alcol o sostanze psicoattive?

SI  NO

Ha problemi sociali o familiari connessi al consumo di alcol o sostanze psicoattive?

SI  NO

**ANAMNESI ALCOLOGICA FINALIZZATA (secondo AUDIT)**

RIFERISCE:                      consumo attuale                        
   consumo pregresso                        
   assenza consumo                     

*I ITEM***Quanto spesso consumi bevande alcoliche?**

- Mai
- Una volta al mese o meno
- Dalle due alle quattro volte al mese
- Due o tre volte la settimana
- Quattro o più volte la settimana

*II ITEM***Quante unità alcoliche consumi in una giornata in cui bevi alcol?**

- Una o due
- Tre o quattro
- Cinque o sei
- Sette, otto o nove
- Dieci o di più

*III ITEM***Quanto spesso ti capita di consumare sei o più unità alcoliche di seguito (in una stessa serata o circostanze simili)?**

- Mai
- Meno di una volta al mese
- Una volta al mese
- Una volta la settimana
- Ogni giorno o quasi ogni giorno

*IV ITEM***Durante l'ultimo anno quanto spesso ti sei trovato nella condizione di non riuscire più a smettere di bere un volta iniziato?**

- Mai
- Meno di una volta al mese
- Una volta al mese
- Una volta la settimana
- Ogni giorno o quasi ogni giorno

*V ITEM***Durante l'ultimo anno quanto spesso ti sei trovato a non riuscire a stare dietro ai tuoi compiti (lavoro, studio, impegni di casa) a causa dell'assunzione di alcol?**

- Mai
- Meno di una volta al mese
- Una volta al mese
- Una volta la settimana
- Ogni giorno o quasi ogni giorno

**VI ITEM**

***Durante l'ultimo anno quanto spesso ti sei trovato a dover bere al mattino per poterti riprendere dopo un'abbondante bevuta?***

- Mai
- Meno di una volta al mese
- Una volta al mese
- Una volta la settimana
- Ogni giorno o quasi ogni giorno

**VII ITEM**

***Durante l'ultimo anno quanto spesso ti sei sentito in colpa o hai avuto dei rimorsi dopo aver bevuto?***

- Mai
- Meno di una volta al mese
- Una volta al mese
- Una volta la settimana
- Ogni giorno o quasi ogni giorno

**VIII ITEM**

***Durante l'ultimo anno quanto spesso non sei stato in grado di ricordare quello che era accaduto la sera prima perché avevi bevuto?***

- Mai
- Meno di una volta al mese
- Una volta al mese
- Una volta la settimana
- Ogni giorno o quasi ogni giorno

**IX ITEM**

***Ti sei mai ferito o hai mai provocato il ferimento di altre persone a causa del tuo consumo di bevande alcoliche?***

- No
- Sì, ma non nell'anno trascorso
- Sì, durante l'anno trascorso

**X ITEM**

***Qualche tuo parente, amico, medico o operatore sanitario si è mai dimostrato preoccupato per la tua assunzione di alcol o ti ha suggerito di smettere?***

- No
- Sì, ma non nell'anno trascorso
- Sì, durante l'anno trascorso

## NOTA

**ISTRUZIONI:** I 10 item sovraelencati si riferiscono a come la persona si è comportata nell'anno precedente all'intervista. Per ogni item egli deve indicare la risposta per lui più rispondente alla realtà, segnandola nella casella corrispondente.

Alcuni item fanno riferimento al numero di **unità alcoliche** consumate. Per gli scopi di questo test, una unità alcolica è definita come:

- un bicchiere da pasto (circa 120 ml) di vino
- una birra piccola (circa 250 ml) di tipo comune, raddoppiare in caso di birra “forte”
- un bicchierino (circa 40 ml) di superalcolico.

**CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener)**

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha mai pensato di dover dare un taglio al bere?                    | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| È mai stato criticato per il suo consumo di alcolici?              | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Si è mai sentito in colpa perché beveva troppo?                    | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Si è mai svegliato con la voglia di bere qualche cosa di alcolico? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

*A cura del Medico della Struttura Sanitaria Competente*

**Esame Obiettivo**

Altezza .....	Peso .....	PA .....	mmHg
Condizioni generali .....			
Frequenza cardiaca (b/m) .....	Ritmico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Respiro .....			
Ittero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Masse muscolari .....	Scheletro .....		
Linfoadenomegalia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Agopunture venose	NO <input type="checkbox"/>	Recenti <input type="checkbox"/>	Pregresse <input type="checkbox"/>
Agopunture venose			
<input type="checkbox"/> Sede .....	Riferito prelievo terapeutico <input type="checkbox"/>		
Richiesta certificazione <input type="checkbox"/>	Acquisita <input type="checkbox"/>	Non acquisita <input type="checkbox"/>	
<b>Capo</b>			
Forma .....	Mobilità .....	Punti dolenti .....	
Bulbi oculari .....	Lingua .....	Dentatura .....	
Mucosa nasale	Erosioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Segni di flogosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Mancanza Strutture Pilifere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Rinorrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Collo</b>			
Forma .....	Punti dolenti .....		
Tiroide .....	Vasi sanguigni .....		
<b>Torace</b>			
Forma .....	Mobilità .....	Simmetria .....	
F.V.T. ....	Altri reperti palpatori .....		
Suono plessico .....	Margini polmonari .....		
Murmure vescicolare .....			
Rumori patologici .....			
<b>Cuore</b>			
Itto puntale .....			
Area di ottusità .....			
Toni .....			
Rumori Patologici .....			
<b>Addome</b>			
Forma .....	Cicatrice ombelicale .....		
Reperti palpatori .....			
Reperti percussori .....			
Reperti peristaltici .....			
Rumori Patologici .....			
<b>Fegato</b>			
Epatomegalia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Richiesta certificazione markers abuso alcolico <input type="checkbox"/>			

## Esame Obiettivo

<b>Milza</b>			
Splenomegalia		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Regioni lombari</b> .....			
..... <b>Giordano</b> .....			
<b>Arti</b>			
.....			
<b>Sistema nervoso</b>			
Mobilità attiva .....		Passiva .....	
Tono muscolare .....		Riflessi osteotendinei .....	
..... Sensibilità .....			
<b>Eloquio</b>		<b>Prova indice naso</b>	
Normale <input type="checkbox"/>		Normale <input type="checkbox"/>	
Borderline <input type="checkbox"/>		Borderline <input type="checkbox"/>	
Indistinto <input type="checkbox"/>		Patologico <input type="checkbox"/>	
<b>Umore</b>			
Bilanciato <input type="checkbox"/>		Disforico <input type="checkbox"/>	
Marcia instabile <input type="checkbox"/>			
Tremori <input type="checkbox"/>			
Sudorazione <input type="checkbox"/>			
Sensorio		Integro <input type="checkbox"/>	Obnubilato <input type="checkbox"/>
<b>Pupille</b>			
Isocoriche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Anisocoriche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Midriatiche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Miotiche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
			Normoreagenti SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			Iporeagenti SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			Fotofobia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			Consensuale SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Convergenza	Normale <input type="checkbox"/>	Borderline <input type="checkbox"/> Patologica <input type="checkbox"/>
	Nistagmo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Iperemia congiuntivale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Esame Osteoarticolare</b>			
Postura .....		Deambulazione .....	
Colonna .....		Arti superiori .....	
..... Arti inferiori .....			
<b>Cicatrici</b>			
Esiti di pregressi politraumatismi .....			
<b>Altro</b>			
.....			

A cura del Medico della Struttura Sanitaria Competente

**TEST DI INTERAZIONE UOMO-MACCHINA**

<b>DIVIDED ATTENTION TEST</b>	
<b>Response Competition Test (RCT)</b>	<b>Memory Test (MT)</b>
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale
<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Borderline
<input type="checkbox"/> Patologico	<input type="checkbox"/> Patologico
<b>Static Body Sway Test</b>	<b>Static Body Sway Divided Attention Test</b>
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale
<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Borderline
<input type="checkbox"/> Patologico	<input type="checkbox"/> Patologico
Note	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> </div>	
<b>Firma del Medico Esaminatore</b>	<b>Firma del Soggetto Esaminato</b>
.....	.....

*A cura del Medico della Struttura Sanitaria Competente*

**RISULTATI ACCERTAMENTO CLINICO-TESTISTICO****ANAMNESI TOSSICOLOGICA**ASSENZA DI USO (N) CONSUMO OCCASIONALE (C) ABUSO (A) DIPENDENZA (D) 

<input type="checkbox"/> ALCOL (.....)	<input type="checkbox"/> BUPRENORFINA (.....)	<input type="checkbox"/> METADONE (.....)
<input type="checkbox"/> ALLUCINOGENI (.....)	<input type="checkbox"/> CANNABIS (.....)	<input type="checkbox"/> MORFINA (.....)
<input type="checkbox"/> AMFETAMINE (.....)	<input type="checkbox"/> COCAINA (.....)	<input type="checkbox"/> ALTRO (.....)
<input type="checkbox"/> BENZODIAZEPINE (.....)	<input type="checkbox"/> HEROINA (.....)	

**SOSPETTO CLINICO STATO ATTUALE**SOGGETTO COLLABORANTE SOGGETTO RETICENTE 

SCARSA VERIDICITÀ DELLE AFFERMAZIONI PER

segni di uso recente di sostanze contraddizioni al colloquio 

AUTODICHIARATA REMISSIONE RECENTE

3 mesi  6 mesi  12 mesi **EPICRISI CLINICO-DROGASTICA ATTUALE**ASSENZA DI USO (N) CONSUMO OCCASIONALE (C) ABUSO (A) DIPENDENZA (D) 

<input type="checkbox"/> ALCOL (.....)	<input type="checkbox"/> BUPRENORFINA (.....)	<input type="checkbox"/> METADONE (.....)
<input type="checkbox"/> ALLUCINOGENI (.....)	<input type="checkbox"/> CANNABIS (.....)	<input type="checkbox"/> MORFINA (.....)
<input type="checkbox"/> AMFETAMINE (.....)	<input type="checkbox"/> COCAINA (.....)	<input type="checkbox"/> ALTRO (.....)
<input type="checkbox"/> BENZODIAZEPINE (.....)	<input type="checkbox"/> HEROINA (.....)	

*A cura del Medico della Struttura Sanitaria Competente*

**MODULO INFORMATIVO SULLE MODALITÀ  
DELL'ACCERTAMENTO MEDICO-LEGALE  
TOSSICOLOGICO-FORENSE**

L'accertamento comprende l'effettuazione di esame clinico, testistico e chimico-tossicologico su campioni di sangue e urina (multipli) e di capelli o peli.

La raccolta dei campioni di urina (successivi alla 1<sup>a</sup> visita) avviene esclusivamente per convocazione tramite **raccomandata postale** e/o **avviso telefonico**. È possibile optare per una fascia oraria mattutina o pomeridiana.

**In caso di mancata ed ingiustificata presentazione alla convocazione a sorpresa l'accertamento si considera interrotto.** L'accertamento potrà essere ripetuto previa ulteriore pagamento del costo dell'intera prestazione.

Sono applicate procedure atte a preservare la catena di custodia, raccolta sotto controllo visivo con telecamera a circuito chiuso, controllo di parametri chimico-fisici, conservazione di un'aliquota dei campioni risultati positivi per controanalisi per un periodo massimo di 4 mesi dalla comunicazione dei risultati alla Commissione.

Per i campionamenti a sorpresa il Soggetto esaminato sceglie la seguente fascia oraria

- Mattina            .....
- Pomeriggio       .....

**Firma del Soggetto Esaminato**

.....

*A cura del Medico della Struttura Sanitaria Competente*

## CALENDARIO CONVOCAZIONI PER CAMPIONAMENTI A SORPRESA

DATA VISITA .....

Data		
1. <input type="checkbox"/> ..../ ..../ .....		
2. <input type="checkbox"/> ..../ ..../ .....	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>
	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> ..../ ..../ .....	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>
	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> ..../ ..../ .....	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>
	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> ..../ ..../ .....	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>
	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> ..../ ..../ .....	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>
	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> ..../ ..../ .....	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>
	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/> ..../ ..../ .....	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>
	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>
N. <input type="checkbox"/> ..../ ..../ .....	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>	08.00-08.30 <input type="checkbox"/>
	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>	13.00-13.30 <input type="checkbox"/>

A cura del Medico della Struttura Sanitaria Competente



**CAMPIONAMENTO URINE**

CONTROLLO VIDEO e PARAMETRI FISICI						
	1	2	3	4	5	N
URINA NORMALMENTE						
TEMPERATURA °C						
VISIONE NON CHIARA						
AGGIUNGE						
DILUISCE						
SOTTRAE						
SOSTITUISCE + RISCALDA						
TERAPIE RECENTI						
ALLEGA CERTIFICAZIONE						
FIRMA PRELEVATORE						
NOTE						
Data						
..../ ..../ ....	..... .....					
..../ ..../ ....	..... .....					
..../ ..../ ....	..... .....					

*A cura del Medico della Struttura Sanitaria Competente*

Sig. ....

Visita ..... Dott. ....

**LABORATORIO**

SI RICHIEDE ANALISI CHIMICO-TOSSICOLOGICA SU CAMPIONE DI URINA

Data ..... Il medico .....

**RISPOSTA LABORATORIO****CARATTERISTICHE URINA**

	1	2	3	4	5	N
DATA						
COLORE*						
TRASPARENZA*						
PESO SPECIFICO						
pH						
CREATININA (mg/dL)						
ADULTERANTI***						

\*Colore = a) giallo paglierino  
 b) giallo ocra  
 c) giallo verdastro  
 d) rosa/rosso  
 e) bruno

\*\*Trasparenza = I) limpida  
 II) torbida  
 III) materiale estraneo

\*\*\*Adulteranti = N) Nitriti  
 C) Cromati  
 O) Ossidanti  
 A) Aldeidi

Indicare in caso di positività

<i>A cura del Medico della Struttura Sanitaria Competente</i>
---

## LABORATORIO

## RISULTATI

## SCREENING CHIMICO-TOSSICOLOGICO SU URINA

PRELIEVO	ALCOL ETILICO	AMFETAMINE	BENZODIAZEPINE	BUPRENORFINA	CANNABIS	COCAINA	OPPIACEI	ALTRO
	mg/mL							
1°								
2°								
3°								
4°								
5°								

POSITIVITÀ

CONFERMATA con tecnica GC/MS HPLC-MS per.....

..... sul campione del .....

## ANALISI CHIMICO-TOSSICOLOGICA SU CAPELLI/PELI

<input type="checkbox"/> CAPELLI	<input type="checkbox"/> NEGATIVA	<input type="checkbox"/> POSITIVA	per <input type="checkbox"/> AMFETAMINE	<input type="checkbox"/> CANNABIS	<input type="checkbox"/> COCAINA	<input type="checkbox"/> OPPIACEI	<input type="checkbox"/> ALTRO
<input type="checkbox"/> PELI	<input type="checkbox"/> NEGATIVA	<input type="checkbox"/> POSITIVA	per <input type="checkbox"/> AMFETAMINE	<input type="checkbox"/> CANNABIS	<input type="checkbox"/> COCAINA	<input type="checkbox"/> OPPIACEI	<input type="checkbox"/> ALTRO

## MARCATORI ABUSO ALCOLICO

MCV	NORMALE <input type="checkbox"/>	ALTERATO <input type="checkbox"/>	GGT	NORMALE <input type="checkbox"/>	ALTERATO <input type="checkbox"/>	AST-ALT	NORMALE <input type="checkbox"/>	ALTERATO <input type="checkbox"/>	CDT	NORMALE <input type="checkbox"/>	ALTERATO <input type="checkbox"/>
EtG	NORMALE <input type="checkbox"/>	ALTERATO <input type="checkbox"/>	EtS	NORMALE <input type="checkbox"/>	ALTERATO <input type="checkbox"/>	SA	NORMALE <input type="checkbox"/>	ALTERATO <input type="checkbox"/>	5-HTOL/5-HIAA	NORMALE <input type="checkbox"/>	ALTERATO <input type="checkbox"/>
β-HEX	NORMALE <input type="checkbox"/>	ALTERATO <input type="checkbox"/>									

Il responsabile delle analisi

### CERTIFICAZIONE

<b>NOMINATIVO</b>		.....
<b>ESAME CLINICO-TOSSICOLOGICO</b>		
<input type="checkbox"/> <b>negativo</b>		
<input type="checkbox"/> <b>positivo</b>	<input type="checkbox"/> DIPENDENZA DA ..... <input type="checkbox"/> CONSUMO ABITUALE ..... <input type="checkbox"/> CONSUMO OCCASIONALE .....	
<b>ESAME CHIMICO-TOSSICOLOGICO</b>		
<input type="checkbox"/> <b>negativo</b> <input type="checkbox"/> capelli <input type="checkbox"/> peli n° campioni urina ..... periodo raccolta .....		
<b>positivo (urina)</b>		
data ...../...../..... data ...../...../..... data ...../...../..... data ...../...../..... data ...../...../..... data ...../...../..... data ...../...../..... data ...../...../.....	<input type="checkbox"/> alcol etilico <input type="checkbox"/> amfetamine ..... <input type="checkbox"/> benzodiazepine <input type="checkbox"/> buprenorfina <input type="checkbox"/> cannabinoidi ..... <input type="checkbox"/> cocaina ..... <input type="checkbox"/> oppiacei <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> positive (capelli) <input type="checkbox"/> positive (peli)	<input type="checkbox"/> amfetamine ..... <input type="checkbox"/> cannabis ..... <input type="checkbox"/> cocaina ..... <input type="checkbox"/> oppiacei .....	
<input type="checkbox"/> riferita <b>assunzione terapeutica di sostanze psicoattive</b> <input type="checkbox"/> certificato		
<input type="checkbox"/> <b>ALTERAZIONE</b> dei <b>marcatori ematochimici di abuso alcolico</b> <input type="checkbox"/> MCV <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> AST-ALT <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> EtG <input type="checkbox"/> EtS <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> 5-HTOL/5-HIAA <input type="checkbox"/> β-HEX		
<input type="checkbox"/> <b>Test di interazione uomo-macchina</b> <input type="checkbox"/> nella norma <input type="checkbox"/> alterazione delle funzioni neuro-psico-motorie		
<b>ESITO</b>		
<input type="checkbox"/> IDONEO <input type="checkbox"/> NON IDONEO <input type="checkbox"/> FOLLOW-UP <input type="checkbox"/> trimestrale <input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale		

A cura del Medico della Struttura Sanitaria Competente



---

**MODULISTICA, 99**

Modulistica, controlli di Polizia Giudiziaria, 99

Modulistica, controlli Medici di Polizia Giudiziaria, 99

Modulistica, controlli Medico-Amministrativi su candidati/titolari di patente di guida, 99

Modulistica, controlli Medico-Giudiziari su conducenti ospedalizzati, 99