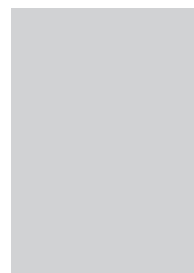


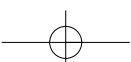
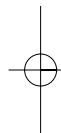
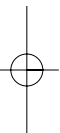
MODULISTICA



- *MODULO 1: Protocollo di accertamento su **Materiale non Biologico**.*
- *MODULO 2: Protocollo di accertamento su **Persona Vivente**.*
- *MODULO 3: Protocollo di accertamento su **Persona deceduta**.*

La modulistica relativa ai sovraesposti Protocolli di Accertamento è scaricabile dal sito della Casa Editrice Piccin seguendo quanto riportato di seguito.

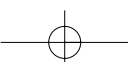
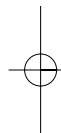
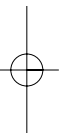
- 1. Accedere all'indirizzo **www.piccin.it**.*
- 2. Digitare il titolo della monografia di interesse.*
- 3. Digitare sulla scritta "Scarica modulistica".*



MODULO 1

Protocollo di Accertamento su

Materiale non Biologico





Verbale di Accettazione Materiale non biologico

Dichiaro di ricevere il seguente materiale

..... con sigilli recanti i numeri:

Numero..... che viene destinato all'ANALISI

Numero..... che viene destinato alla CONTROANALISI

ed il relativo verbale di sequestro

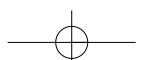
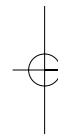
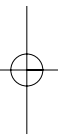
Dichiaro che il contenuto destinato all'ANALISI

- corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di sequestro
- non corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di sequestro per i seguenti motivi
 - Quantità non corrispondente
 - Nominativo sbagliato
 - Altro

.....
.....

Consulente Tecnico/Perito

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

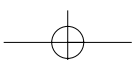
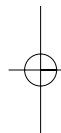
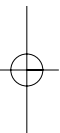


Protocollo di accertamento Materiale non biologico

Consulente Tecnico/Perito	
Data incarico	
Committente	<input type="checkbox"/> Autorità giudiziaria
	Tribunale di Proc. n.
	<input type="checkbox"/> Privato
Dati circostanziali	
.....	
Sequestro di documenti	
<input type="checkbox"/> Ricette	<input type="checkbox"/> Note
<input type="checkbox"/> Registri carico-scarico	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Ordinativi	
Sequestro di reperti	
Specialità farmaceutica	
Quantitativo	
Destinatario	
Posologia	
Eventuali indicazioni terapeutiche	
Profilo tossicologico	
Integratore alimentare	
Quantitativo	
Destinatario	
Dose	
Indicazioni d'uso	
Profilo tossicologico	
Altro prodotto	
Quantitativo	
Destinatario	
Posologia	
Eventuali indicazioni terapeutiche	
Profilo tossicologico	

Sequestro di reperti

<input type="checkbox"/> Specialità farmaceutica	.....
<input type="checkbox"/> Integratore alimentare	.....
<input type="checkbox"/> Altro prodotto	.....
Reperto	Peso
Documentazione fotografica	<input type="checkbox"/> Acquisita
	<input type="checkbox"/> Non acquisita
Involucro	<input type="checkbox"/> Nylon Colore
	<input type="checkbox"/> Carta Dimensione
	<input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Presenza di scritte
Contenitore	<input type="checkbox"/> Blister Colore
	<input type="checkbox"/> Flacone Dimensione
	<input type="checkbox"/> Scatola Materiale
	<input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Presenza di scritte
Polvere	<input type="checkbox"/> Omogenea Colore
	<input type="checkbox"/> Non omogenea Grammi
	<input type="checkbox"/> Altro
Liquido	Colore
	Millilitri
Preparazione farmaceutica	<input type="checkbox"/> Capsule n.
	<input type="checkbox"/> Confetti n.
	<input type="checkbox"/> Compresse n.
	<input type="checkbox"/> Cerotti n.
	<input type="checkbox"/> Fiale n.
	<input type="checkbox"/> Altro n.
Campionamento	grammi
	numero
Campionamento per controanalisi (grammi)	.....
Distruzione	.....
Restituzione	.....
Data	Consulente Tecnico/Perito
	(in alternativa) Ausiliario tecnico

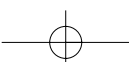
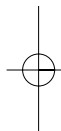
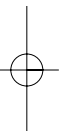


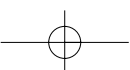
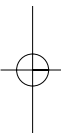
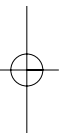


MODULO 2

Protocollo di accertamento su

Persona Vivente





NOTE INFORMATIVE SU ANALISI DI LABORATORIO ED ESAMI DIAGNOSTICO STRUMENTALI

Il/La sottoscritto/a dichiara
di essere stato informato/a di quanto segue:

– il materiale biologico (matrici cheratiniche, sangue, urine) prelevato sarà analizzato
per la ricerca delle seguenti sostanze

e sarà conservato presso

– saranno eseguiti i seguenti esami

ematochimici: ematocrito, glicemia, ionemia, lipoproteine sieriche, assetto
lipidico, profilo emocoagulativo, indicatori funzionali (infiammatori, epatici, renali),
ormoni sierici, rapporto testosterone/LH;

chimico-tossicologici;

ecocardiografici;

ecografici degli organi addominali;

densitometria ossea.

Data Firma

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver compreso quanto riferitogli in termini comprensibili
dal dott.

circa la tipologia di prelievi, analisi di laboratorio ed esami diagnostico-strumentali cui
dovrà essere sottoposto.

Esprime all'esecuzione dei sopradescritti prelievi ed esami strumentali

consenso

dissenso

Data Firma

Protocollo di accertamento Persona vivente

Consulente Tecnico/Perito

Cognome Nome

Data e luogo di nascita

Residenza

Domicilio

Recapiti telefonici

Motivo dell'accertamento

- Indagine giudiziaria Tribunale di
- Proc. n. Ipotesi di reato
- Richiesta da privato Motivazioni

Dati circostanziali

.....

.....

.....

.....

.....

Anamnesi familiare

Genitore

Fratelli

Familiarità per tossicodipendenza

Anamnesi fisiologica

Primi atti fisiologici e sviluppo psicofisico
Scolarità Leva
Stato civile Figli Lavoro
Appetito Regime dietetico (ordinario/sportivo)
.....
..... Potus
Caffè Fumo Alvo/Diuresi
Ritmo S/V Ipnoinducanti
Peso abituale (↑-↓ negli ultimi mesi)
Epoca menarca Mestruazioni

Anamnesi patologica (antecedente inizio assunzione sostanze dopanti)

Malattie infanzia
Ricoveri
Epatite A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> cronica <input type="checkbox"/> non sa <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
HIV positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> non sa <input type="checkbox"/>
Patologie cardiovascolari
Patologie epatiche
Patologie renali
Patologie broncopolmonari
Asma SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabete mellito/Intolleranza al glucosio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Terapie in corso
Allergie

Anamnesi patologica (successivamente inizio/fine assunzione sostanze dopanti)

Epatite A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> cronica <input type="checkbox"/> non sa <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
HIV positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> non sa <input type="checkbox"/>
Patologie cardiovascolari
Patologie epatiche
Patologie renali
Patologie broncopolmonari
Asma SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabete mellito/Intolleranza al glucosio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Impotenza

Anamnesi finalizzata**1. Quale attività sportiva svolge/svolgeva?**

Da quanti anni? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 >10

Quante sessioni di allenamenti svolge/svolgeva la settimana?

Quante ore di esercizio svolge/svolgeva la settimana?

2. Assume sostanze a presunta/dimostrata attività dopante? SI NO

Quali sostanze, in quali dosi, per quale via e con quale frequenza assume?

Agenti anabolizzanti Agenti con attività antiestrogenica

Agenti mascheranti Alcol

Amfetamine Antiasmatici

Betabloccanti Caffaina

Cannabis Cocaina

Corticotropina Diuretici

Doping ematico Eritropoietina

Gonadotropina Insulina

Oppiacei Ormone della crescita

Steroidi anabolizzanti androgeni

Altri

Da quanto tempo le assume? <1 mese 1-2 mesi 2-3 mesi 3-4 mesi

5 mesi 5-6 mesi 6-12 mesi 1-2 anni 2-3 anni 3-4 anni

4-5 anni 5-6 anni 6-7 anni 7-8 anni 8-9 anni >9 anni

3. Ha mai assunto in passato le medesime o altre sostanze dopanti? SI NO

Se si, quali, in quali quantità, con quale frequenza?

.....

4. Assume/ha assunto integratori alimentari? SI NO

Se si, quali integratori alimentari assume/ha assunto?

.....

ESAME CLINICO-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"/>
Sede			
	Riferito prelievo terapeutico	<input type="checkbox"/>	
	Richiesta certificazione	<input type="checkbox"/>	
	Acquisita	<input type="checkbox"/>	Non acquisita <input type="checkbox"/>
Capo			
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 di strutture pilifere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Rinorrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Collo			
Forma	Punti dolenti		
Tiroide	Vasi sanguigni		
Torace			
Forma	Mobilità	Simmetria	
F.V.T.	Altri reperti palpatori		
Suono plessico	Margini polmonari		
Murmure vescicolare			
Rumori patologici			
Cuore			
Itto puntuale			
Area di ottusità			
Toni			
Rumori patologici			

Addome					
Forma	Cicatrice ombelicale				
Reperti palpatori					
Reperti percussori					
Reperti peristaltici					
Fegato					
Epatomegalia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Altri reperti palpatori					
Richiesta certificazione markers abuso alcolico					
Milza					
Splenomegalia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Altri reperti palpatori					
Regioni lombari					
Giordano					
Arti					
.....					
Esame neurologico e psichico					
ELOQUIO	normale <input type="checkbox"/>	Borderline <input type="checkbox"/>	Alterato <input type="checkbox"/>		
SENSORIO	integro <input type="checkbox"/>	Obnubilato <input type="checkbox"/>			
UMORE	Bilanciato <input type="checkbox"/>	Disforico <input type="checkbox"/>	Depresso <input type="checkbox"/>		
PERCEZIONE	Normale <input type="checkbox"/>	Borderline <input type="checkbox"/>	Alterata <input type="checkbox"/>		
PENSIERO	Normale <input type="checkbox"/>	Borderline <input type="checkbox"/>	Alterato <input type="checkbox"/>		
MARCIA	PROVA INDICE NASO	ROMBERG	TREMORE		
Normale <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/>	A riposo <input type="checkbox"/>		
Instabile <input type="checkbox"/>	Borderline <input type="checkbox"/>	Borderline <input type="checkbox"/>	Intenzionale <input type="checkbox"/>		
	Patologica <input type="checkbox"/>	Patologico <input type="checkbox"/>	Posturale <input type="checkbox"/>		
PUPILLE					
Isocoriche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Normoreagenti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Anisocoriche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Iporeagenti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Midriatiche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fotofobia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Miotiche	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"/>
RIFLESSI OSTEO-TENDINEI					
AASS	presenti <input type="checkbox"/>	assenti <input type="checkbox"/>	torpidi <input type="checkbox"/>		
AAll	presenti <input type="checkbox"/>	assenti <input type="checkbox"/>	torpidi <input type="checkbox"/>		
MOTILITÀ					
Mobilità					
Forza muscolare	Normale <input type="checkbox"/>	Aumentata <input type="checkbox"/>	Ridotta <input type="checkbox"/>		
Tono muscolare	Normale <input type="checkbox"/>	Aumentata <input type="checkbox"/>	Ridotta <input type="checkbox"/>		
SENSIBILITÀ					
Parestesie <input type="checkbox"/>	Disestesie <input type="checkbox"/>	Anestesia <input type="checkbox"/>			

Esame osteoarticolare

Postura Deambulazione

Colonna Arti superiori

..... Arti inferiori

Cicatrici

Esiti di pregressi politraumatismi

Esame adipe

Pliche cutanee - tricipitale..... - sottoscapolare

 - toracica..... - ascellare

 - paraombelicale..... - sovrailiaca

 - coscia

Grasso corporeo..... Kg BMI

Formula di Jackson-Pollock

Richiesta analisi chimico-tossicologiche

Si richiede analisi chimico-tossicologica su campioni di

- urina data prelievo contenitore numero
- sangue data prelievo contenitore numero
- matrici cheratiniche data prelievo contenitore numero

appartenenti al signor
al fine di ricercare le seguenti sostanze dopanti:

.....

.....

.....

.....

Ipotesi clinica:

- non attualità di assunzione
- autodichiarata assunzione delle seguenti sostanze

.....

.....

- sospetto consumo delle seguenti sostanze

.....

.....

- soggetto reticente
- uso terapeutico di

.....

.....

Data Firma del medico

Verbale di Accettazione Campioni biologici

Dichiaro di ricevere n. contenitori chiusi con sigilli recanti i numeri

Numero che viene destinato all'ANALISI

Numero che viene destinato alla CONTROANALISI
ed il relativo verbale di prelievo.

Numero che viene destinato all'ANALISI

Numero che viene destinato alla CONTROANALISI
ed il relativo verbale di prelievo.

Numero che viene destinato all'ANALISI

Numero che viene destinato alla CONTROANALISI
ed il relativo verbale di prelievo.

Dichiaro che il contenuto della scatola destinato all'ANALISI

- corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo*
- non corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo per i seguenti motivi*
 - Quantità insufficiente*
 - Nominativo sbagliato*
 - Altro*

.....
.....

Il Tecnico di Laboratorio

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

LABORATORIO**CARATTERISTICHE URINA****COGNOME****NOME****DATA PRELIEVO**

DATA	
COLORE*	
TRASPARENZA*	
PESO SPECIFICO	
pH	
CREATININA	
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 O) Ossidanti A) Aldeidi

A cura del Personale Tecnico di Laboratorio della Struttura Sanitaria Competente

RISULTATI ACCERTAMENTO CLINICO-TOSSICOLOGICO-ANAMNESTICO

EPICRISI CLINICO-TOSSICOLOGICA PREGRESSA

PREGRESSA ESPOSIZIONE A SOSTANZE DOPANTI

<input type="checkbox"/> AGENTI ANABOLIZZANTI	<input type="checkbox"/> AGENTI CON ATTIVITÀ ANTIESTROGENICA	<input type="checkbox"/> AGENTI MASCHERANTI	<input type="checkbox"/> ALCOL	<input type="checkbox"/> AMFETAMINE
<input type="checkbox"/> ANTIASMATICI	<input type="checkbox"/> BETABLOCCANTI	<input type="checkbox"/> CAFFEINA	<input type="checkbox"/> CANNABIS	<input type="checkbox"/> COCAINA
<input type="checkbox"/> CORTICOTRO-PINA	<input type="checkbox"/> DIURETICI	<input type="checkbox"/> DOPING EMATICO	<input type="checkbox"/> ERITROPOIETINA	<input type="checkbox"/> GONADOTROPINA
<input type="checkbox"/> INSULINA	<input type="checkbox"/> OPPIACEI	<input type="checkbox"/> ORMONE DELLA CRESCITA	<input type="checkbox"/> STEROIDI ANABOLIZZANTI ANDROGENI	<input type="checkbox"/> Altro

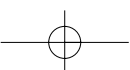
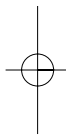
EPICRISI CLINICO-TOSSICOLOGICA ATTUALE

ASSENZA DI USO ESPOSIZIONE REITERATA
ESPOSIZIONE OCCASIONALE **USO TERAPEUTICO DOCUMENTATO**

<input type="checkbox"/> AGENTI ANABOLIZZANTI	<input type="checkbox"/> AGENTI CON ATTIVITÀ ANTIESTROGENICA	<input type="checkbox"/> AGENTI MASCHERANTI	<input type="checkbox"/> ALCOL	<input type="checkbox"/> AMFETAMINE
<input type="checkbox"/> ANTIASMATICI	<input type="checkbox"/> BETABLOCCANTI	<input type="checkbox"/> CAFFEINA	<input type="checkbox"/> CANNABIS	<input type="checkbox"/> COCAINA
<input type="checkbox"/> CORTICOTRO-PINA	<input type="checkbox"/> DIURETICI	<input type="checkbox"/> DOPING EMATICO	<input type="checkbox"/> ERITROPOIETINA	<input type="checkbox"/> GONADOTROPINA
<input type="checkbox"/> INSULINA	<input type="checkbox"/> OPPIACEI	<input type="checkbox"/> ORMONE DELLA CRESCITA	<input type="checkbox"/> STEROIDI ANABOLIZZANTI ANDROGENI	<input type="checkbox"/> Altro

MODULO 3

Protocollo di Accertamento su
Persona Deceduta



Protocollo di accertamento Persona deceduta

Fascicolo n°	
Perito/Consulente tecnico	
Procura della Repubblica	Tribunale di
Luogo, data e ora esame	
Conferimento incarico	
Tipo di esame	
Esami complementari	<input type="checkbox"/> Istologici
	<input type="checkbox"/> Immuno-istochimici
	<input type="checkbox"/> Microbiologici
	<input type="checkbox"/> Tanatochimici
	<input type="checkbox"/> Chimico-tossicologici
Quesito	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;">.....</div>	
Dati circostanziali	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 60px;">.....</div>	
Dati documentali	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;">.....</div>	

Reperti sequestrati

Reperto 1

Morfologia	Liquido	<input type="checkbox"/>
	Solido	<input type="checkbox"/>
	Comprese	<input type="checkbox"/>
	Polvere	<input type="checkbox"/>
	Descrizione
Colore	.....
Quota mancante	.....

Reperto 2

Morfologia	Liquido	<input type="checkbox"/>
	Solido	<input type="checkbox"/>
	Comprese	<input type="checkbox"/>
	Polvere	<input type="checkbox"/>
	Descrizione
Colore	.....
Quota mancante	.....

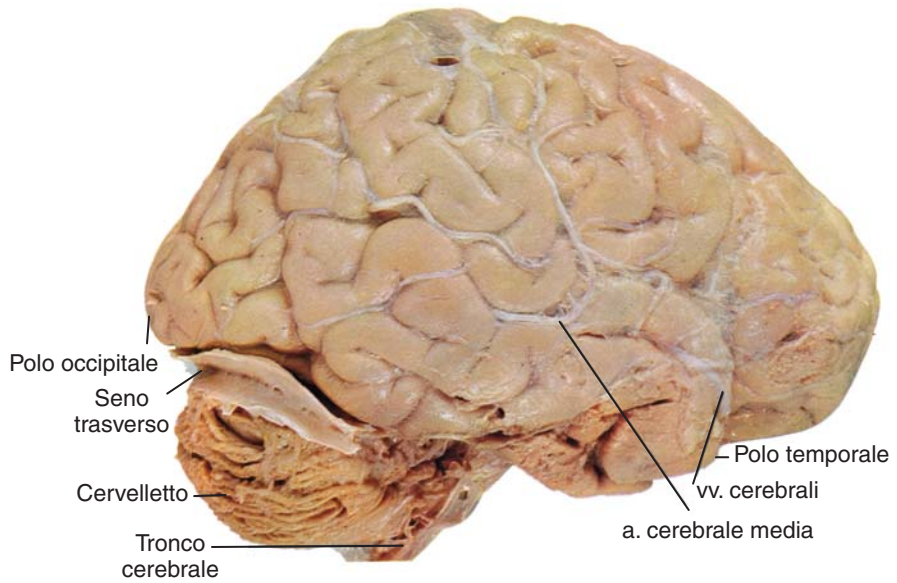
Reperto 3

Morfologia	Liquido	<input type="checkbox"/>
	Solido	<input type="checkbox"/>
	Comprese	<input type="checkbox"/>
	Polvere	<input type="checkbox"/>
	Descrizione
Colore	.....
Quota mancante	.....

Esame esterno

Altezza	Peso	
Condizioni generali		
Masse muscolari	Scheletro	
Agopunture venose		
Sede		
Capo		
Forma		
Bulbi oculari	Lingua	Dentatura
Mucosa nasale	Erosioni	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Mancanza Strutture Pilifere	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lesività		
Collo		
Forma		
Lesività		
Motilità		
Torace		
Forma	Simmetria	
Lesività		
Motilità		
Addome		
Forma		
Lesività		
Arti superiori		
Lesività		
Motilità		
Arti inferiori		
Lesività		
Motilità		
Genitali		
.....		
.....		
.....		
Altro		
.....		
.....		
.....		

Organi ed apparati



Encefalo

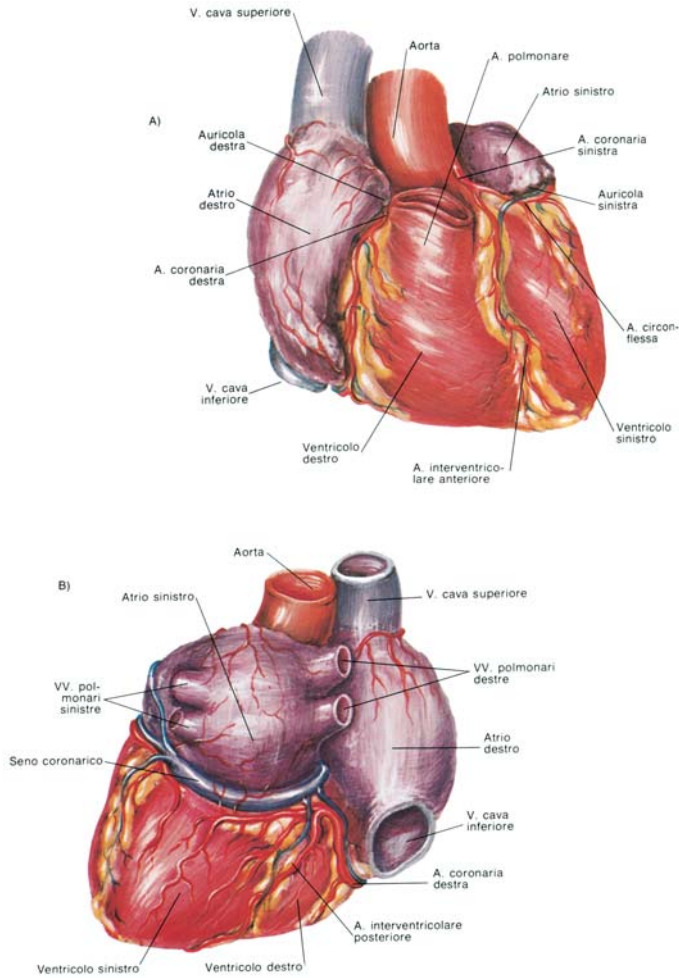
Forma Peso

Circolo di Willis

Consistenza

Altro

Organi ed apparati



Cuore

Forma Peso

Consistenza

Dimensioni

Coronarie

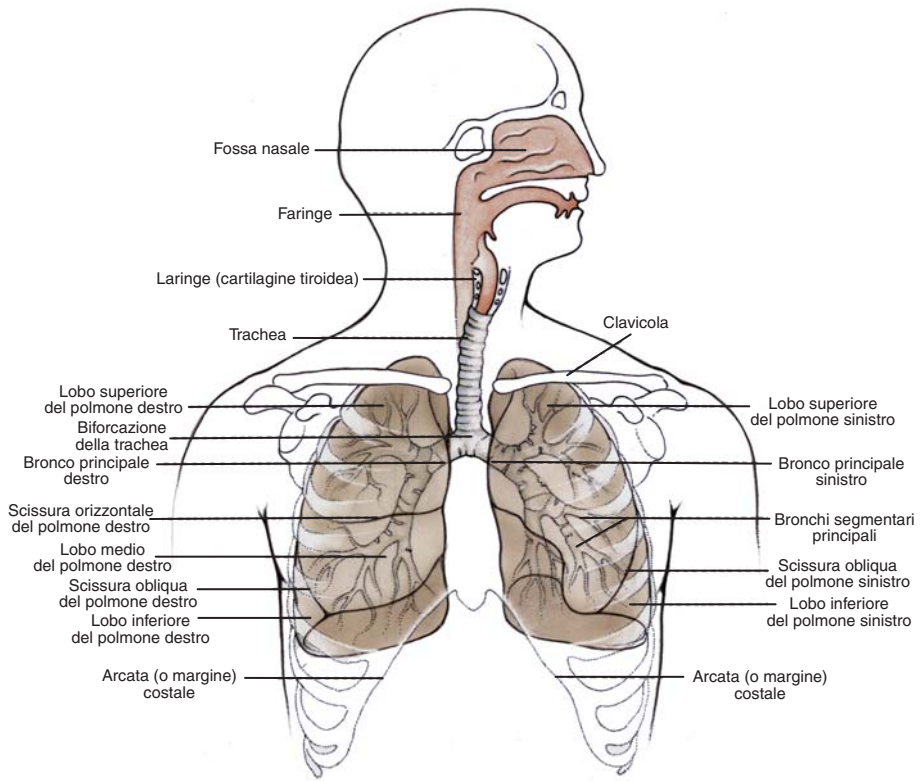
Strutture valvolari

Cavità cardiache

Miocardio

Altro

Organi ed apparati



Polmoni

Forma Peso

Consistenza

Dimensioni

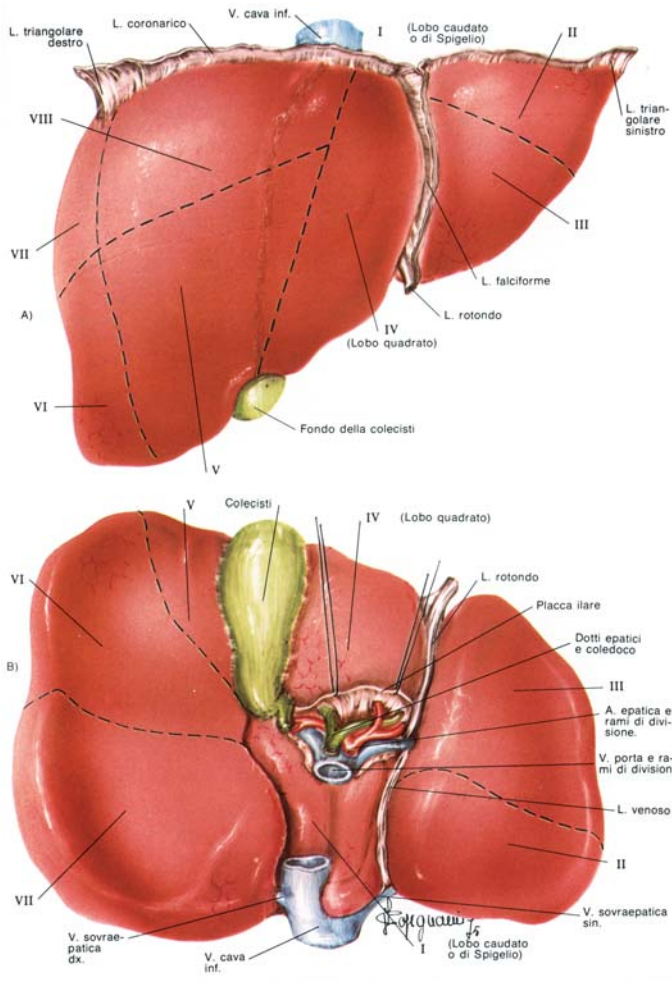
Ili

Vie aeree

Superficie di sezione

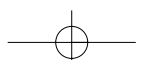
Altro

Organi ed apparati

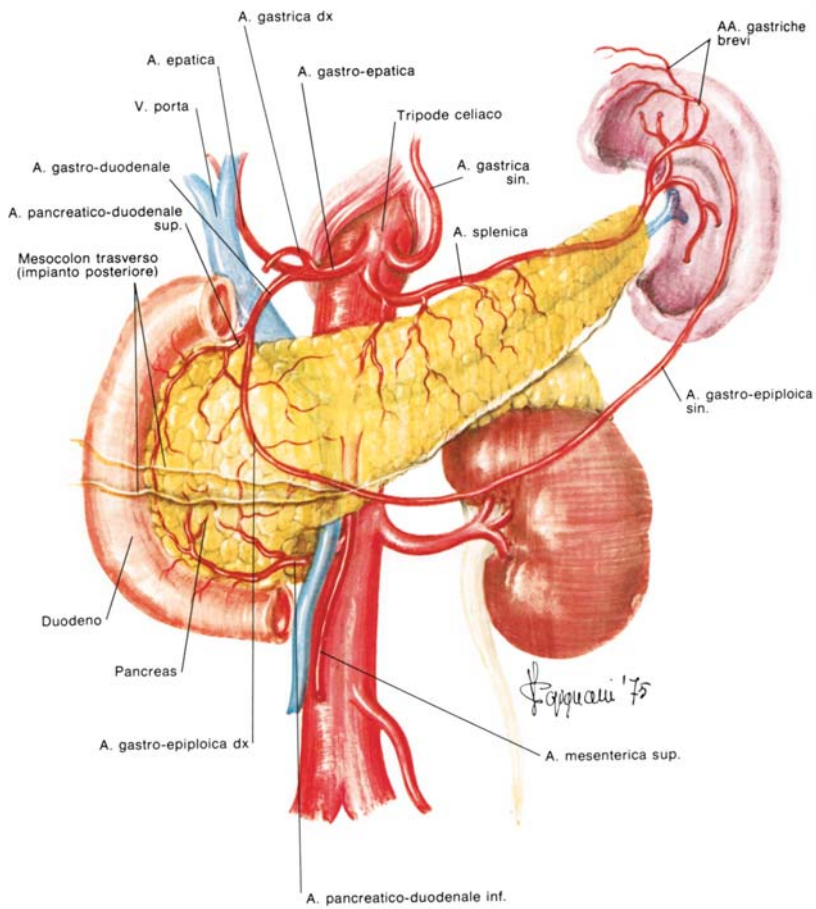


Fegato

- Forma
- Consistenza
- Dimensioni
- Superficie di sezione
- Colecisti
- Altro



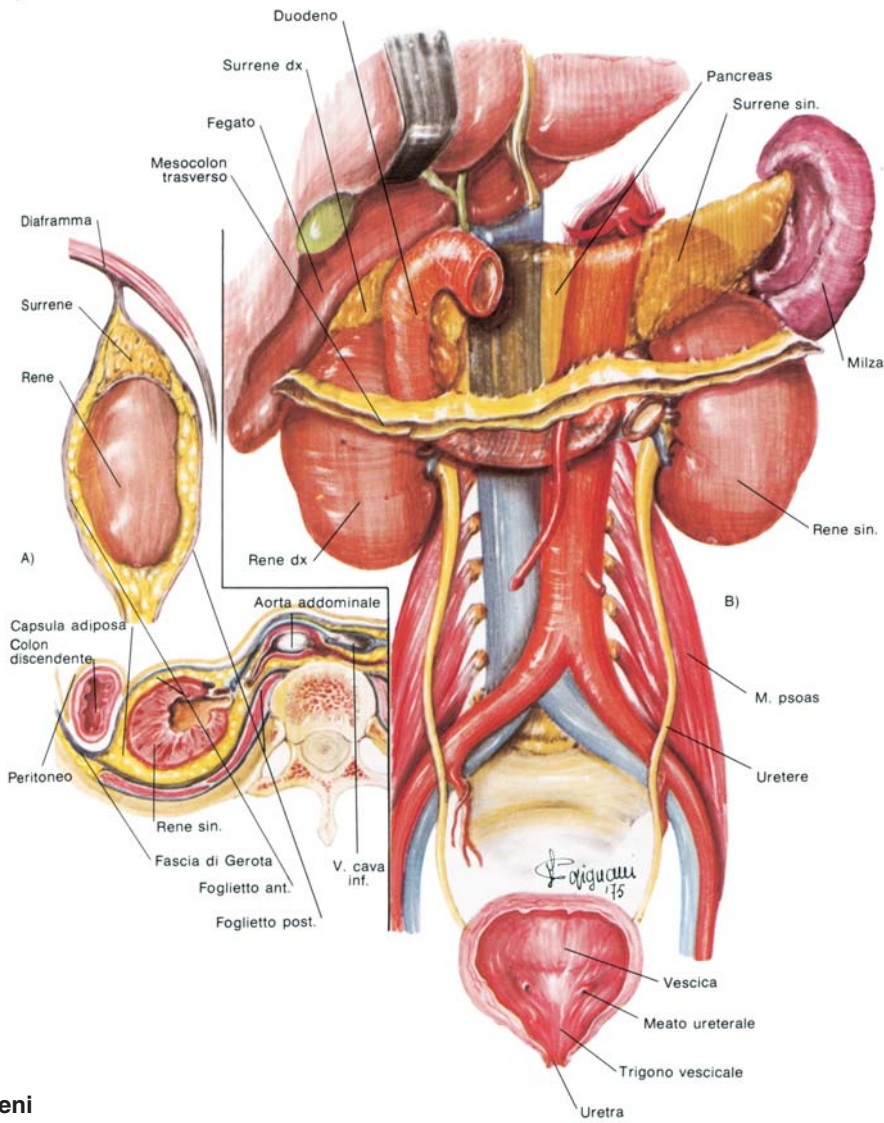
Organi ed apparati



Milza, pancreas, intestino

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

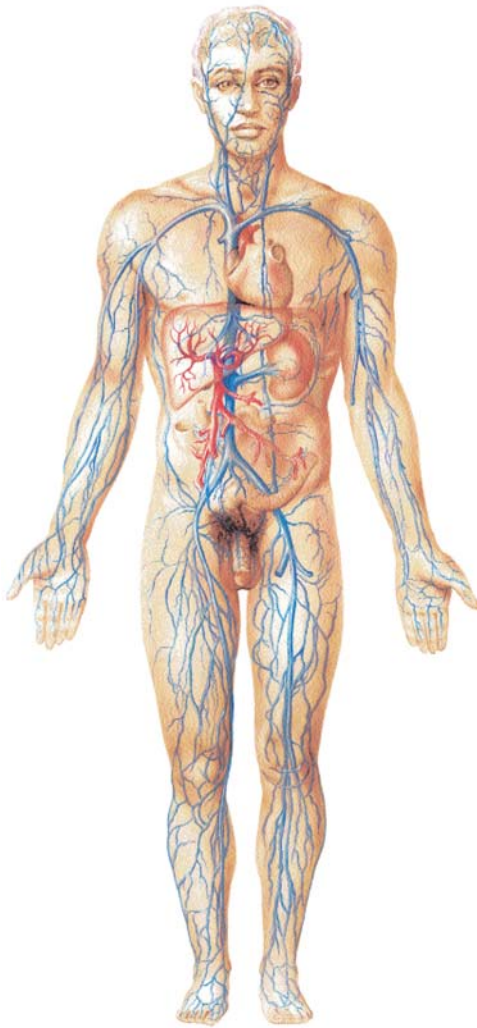
Organi ed apparati



Ren

- Forma
- Peso
- Consistenza
- Dimensioni
- Ili
- Superficie di sezione
- Bacinetti
- Altro

Organi ed apparati



Vasi

Glomo carotideo, tiroide, gonadi

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

ESAMI ISTOLOGICO-IMMUNOISTOCHIMICI

<input type="checkbox"/> Corteccia cerebrale	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Nuclei della base	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Cervelletto	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Tronco encefalico	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Glomo carotideo	
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Tonsille	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Trachea	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Esofago	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Stomaco	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Polmoni	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Cuore	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Coronarie	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Tessuto di conduzione	
Colorazione	
Esame	

ESAMI ISTOLOGICO-IMMUNOISTOCHIMICI

<input type="checkbox"/> Fegato	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Cistifellea	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Pancreas	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Milza	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Surreni	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Reni	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Vescica	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Utero	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Ovaie	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Testicoli	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Linfonodi	Sede
Colorazione	
Esame	
<input type="checkbox"/> Altro	Sede
Colorazione	
Esame	

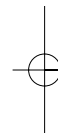
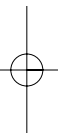


ESAMI MICROBIOLOGICI

<p>PRELIEVI</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>RISULTATI</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

ESAMI TANATOCHIMICI

<p>PRELIEVI</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>RISULTATI</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>



ANALISI CHIMICO-TOSSICOLOGICHE

<input type="checkbox"/> Sangue	Sede prelievo	<input type="checkbox"/> Aliquota per controanalisi
<input type="checkbox"/> Ricerca generica	.....
<input type="checkbox"/> Analisi mirata per	.....
<input type="checkbox"/> Urina		<input type="checkbox"/> Aliquota per controanalisi
<input type="checkbox"/> Ricerca generica	.....
<input type="checkbox"/> Analisi mirata per	.....
<input type="checkbox"/> Umor vitreo		<input type="checkbox"/> Aliquota per controanalisi
<input type="checkbox"/> Ricerca generica	.....
<input type="checkbox"/> Analisi mirata per	.....
<input type="checkbox"/> Liquido cefalorachidiano		<input type="checkbox"/> Aliquota per controanalisi
<input type="checkbox"/> Ricerca generica	.....
<input type="checkbox"/> Analisi mirata per	.....
<input type="checkbox"/> Contenuto gastrico		<input type="checkbox"/> Aliquota per controanalisi
<input type="checkbox"/> Ricerca generica	.....
<input type="checkbox"/> Analisi mirata per	.....
<input type="checkbox"/> Contenuto intestinale		<input type="checkbox"/> Aliquota per controanalisi
<input type="checkbox"/> Ricerca generica	.....
<input type="checkbox"/> Analisi mirata per	.....
<input type="checkbox"/> Tessuti	Sedi prelievi	<input type="checkbox"/> Aliquota per controanalisi
<input type="checkbox"/> Ricerca generica	.....
<input type="checkbox"/> Analisi mirata per	.....
<input type="checkbox"/> Matrici cheratiniche	Sede prelievo	<input type="checkbox"/> Aliquota per controanalisi
<input type="checkbox"/> Ricerca generica	.....
<input type="checkbox"/> Analisi mirata per	.....
<input type="checkbox"/> Altro	Sede prelievo	<input type="checkbox"/> Aliquota per controanalisi
<input type="checkbox"/> Ricerca generica	.....
<input type="checkbox"/> Analisi mirata per	.....

Verbale di Accettazione Materiale non biologico

Dichiaro di ricevere il seguente materiale con sigilli recanti i numeri

Numero che viene destinato all'ANALISI

Numero che viene destinato alla CONTROANALISI
ed il relativo verbale di sequestro.

Dichiaro che il contenuto della scatola destinato all'ANALISI

- corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di sequestro*
- non corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di sequestro per i seguenti motivi*
 - Tipologia materiale non corrispondente
 - Nominativo sbagliato
 - Altro
 -
 -

Il Tecnico di Laboratorio

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

Verbale di Accettazione

Laboratorio istologia-immunoistochimica

Dichiaro di ricevere i seguenti contenitori chiusi recanti etichetta con le seguenti informazioni.

Nome del deceduto Data dell'esame autoptico

Colorazione richiesta

Frammento

Nome del deceduto Data dell'esame autoptico

Colorazione richiesta

Frammento

Nome del deceduto Data dell'esame autoptico

Colorazione richiesta

Frammento

Nome del deceduto Data dell'esame autoptico

Colorazione richiesta

Frammento

Dichiaro che il contenuto della scatola destinato all'ANALISI

corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo

non corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo per i seguenti motivi

Quantità insufficiente

Nominativo sbagliato

Altro

.....

.....

Il Tecnico di Laboratorio

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

Verbale di Accettazione
Campioni biologici
Laboratorio Chimico-Tossicologico

Dichiaro di ricevere n. contenitori chiusi con sigilli recanti i numeri

Numero che viene destinato all'ANALISI
Numero che viene destinato alla CONTROANALISI
ed il relativo verbale di prelievo.

Numero che viene destinato all'ANALISI
Numero che viene destinato alla CONTROANALISI
ed il relativo verbale di prelievo.

Numero che viene destinato all'ANALISI
Numero che viene destinato alla CONTROANALISI
ed il relativo verbale di prelievo.

Dichiaro che il contenuto della scatola destinato all'ANALISI

- corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo*
- non corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo per i seguenti motivi*
 - Quantità insufficiente*
 - Nominativo sbagliato*
 - Altro*
 -
 -

Il Tecnico di Laboratorio
Il Consulente Tecnico/Perito

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