

MODULO DI PRELIEVO

Compilare in stampatello maiuscolo

AZIENDA

DATI E RECAPITI DEL MEDICO COMPETENTE:

DATI DEL SOGGETTO

Cognome

Nome

Nazionalità

Data di nascita (gg/mm/aaaa)

___/___/___

Documento di identità

Sesso

M

F

Reparto/Divisione

Ruolo/Qualifica

DATI DEL PRELIEVO

Ora del prelievo

___:___

Data (gg/mm/aaaa)

___/___/___

Luogo del prelievo

Quantità di urina raccolta

mL

Esito test di screening (on-site)

NON ESEGUITO

DUBBIO

NEGATIVO

POSITIVO (indicare la classe)

INCOLLARE L' ETICHETTA RECANTE IL CODICE DEL KIT DI
PRELIEVO ENTRO L'AREA TRATTEGIATA

Note

PRODOTTI FARMACOLOGICI ASSUNTI NEGLI ULTIMI SETTE GIORNI

NOME E FIRMA DI CHI ESEGUE IL PRELIEVO

FIRMA DEL SOGGETTO