

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b> <u><b>LABORATORIO ANALISI</b></u> <b>INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO</b> <b>SCREENING TOSSICOLOGICO DELLE DROGHE D'ABUSO</b> <b>SU CAMPIONE DI URINA</b>	<b>M-MDL-07</b> Rev. n. 7  Ultima Rev.: 26/09/2025

*Gentile Utente,  
 le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/o  
 Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente.  
 Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Biologo, prima dell'esecuzione  
 dell'indagine.*

### **COS'È IL TEST**

Il test viene eseguito per accettare nel soggetto la presenza di sostanze stupefacenti (es. cocaina, oppiacei, amfetamine, ecstasi, cannabinoidi, metadone).

Il test viene effettuato su campione di urine.

### **COME SI EFFETTUA IL TEST**

Il test è eseguito su campione di urine.

La raccolta del campione da analizzare avviene, previa presentazione di un documento di identità valido, alla presenza di operatore opportunamente preparato e ben consci dei diritti e dei doveri connessi a questa operazione.

Il test è eseguito in catena di custodia, ovvero una procedura documentata clinica e/o medico-legale atta a garantire l'autenticità, l'integrità e la tracciabilità del campione dal momento del prelievo/raccolta sino allo smaltimento. Inoltre, la catena di custodia prevede che il campione venga suddiviso in tre aliquote per poter eseguire, nel caso di positività al test di screening, il test di conferma che elimina il rischio di false positività ed un test di revisione da parte del paziente (controanalisi) entro 90 giorni dalla raccolta.

### **PREPARAZIONE - RACCOMANDAZIONI**

Alcuni farmaci, siano essi da banco che con prescrizione medica, possono fornire risultati positivi al test; prima di eseguire il test quindi si raccomanda di fornire al clinico tutte le informazioni riguardanti l'assunzione di qualsiasi farmaco.

## ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

### DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

### DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI TITOLARI CONSENSO:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

Documento identificativo \_\_\_\_\_

In qualità di:  GENITORE (se Paziente minorenne)  TUTORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  
 ALTRO \_\_\_\_\_

### Dichiaro di:

- aver letto e compreso l'informativa;
- di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

Pertanto

**ACCONSENTO** all'effettuazione dello screening tossicologico delle droghe d'abuso su campione di urina

**NON ACCONSENTO** all'effettuazione dello screening tossicologico delle droghe d'abuso su campione di urina

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del Titolare del consenso \_\_\_\_\_

Firma del Biologo / Medico \_\_\_\_\_

*In qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario è possibile revocare il proprio consenso*

### REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**REVOCO** il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Biologo / Medico \_\_\_\_\_

\*\* *INFORMATIVA E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO devono necessariamente essere stampati fronte / retro.*