

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-MDL-07
	LABORATORIO ANALISI	Rev. n. 7
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO SCREENING TOSSICOLOGICO DELLE DROGHE D'ABUSO SU CAMPIONE DI URINA	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 accertare nel soggetto la presenza di sostanze stupefacenti (es. cocaina, oppiacei, amfetamine, ecstasy, 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 conscio 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.**