AOU SASSARI DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	PROCEDURA PER LA CONSEGNA DI "PRELIEVI PRONTI" PRESSO IL PUNTO DI ACCETTAZIONE DELLA S.C. PATOLOGIA CLINICA DELLA AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI SASSARI MODULO 2 Allegato al Regolamento approvato con Del. n._____del _____	A.D. MDLXII S.C. PATOLOGIA CLINICA Pag. 1/1

Modulo per l'accettazione delle richieste di esami di laboratorio su prelievi/campioni biologici da parte di operatori identificati ed iscritti al Registro (Gruppo A)

PARTE RISERVATA ALL'OPERATORE CHE CONSEGNA I CAMPIONI BIOLOGICI

SCRIVERE INSTAMPATELLO

Il/La Sottoscritt_____nato/a a _____
cognome e nome

il___/___/ **C.F.** | | | | | | | | | | | | | | | | | tel. _____

DICHIARA DI AVER EFFETTUATO LA CONSEGNA DEL/I CAMPIONE/I BIOLOGICO/IPRELEVATO/I DAI SEGUENTI PAZIENTI:

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Tipologia campione*

* *sangue* **S** *urine* **U** *feci* **F** *altro (indicare tipologia)* _____

- ***L'operatore che consegna i campioni biologici è responsabile della conservazione, del trasporto e della consegna dei medesimi.***
- ***Il personale sanitario che ha effettuato il prelievo/raccolta dei campioni è responsabile di questa attività ed è corresponsabile della conservazione e trasporto dei medesimi.***

Qualsiasi dichiarazione mendace, individuata dalle verifiche che l'AOU di Sassari si riserva di effettuare, comporterà la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

DICHIARA DI AVER LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA CONTENUTA NELL'ALLEGATO 1 E PRESENTATO CON IL MODULO 1 DI RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO

Sassari,_____/____/_____ Firma del dichiarante (chi consegna) _____

PARTE RISERVATA AL LABORATORIO PATOLOGIA CLINICA DELL'AOU DI SASSARI

Cognome e nome dell'operatore che accetta i campioni biologici_____

Sassari,_____/____/_____ Firma dell'operatore _____