

## CONS. INFO. PER ACCERTAMENTI PER USO/ABUSO DI SOSTANZE PSICOTROPE SU MINORI

### EMESSO DA:

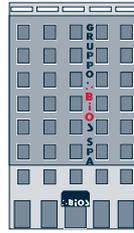
Società: ..... Reparto: .....

Sezione: ..... Data: .....

Prot.: .....

### INFORMAZIONI AL PAZIENTE

- Il test viene eseguito per accertare nel soggetto la presenza di sostanze stupefacenti quali cocaina, oppiacei, amfetamine, ecstasi, cannabinoidi, metadone, buprenorfina, fenciclidina, propossifene. La loro assunzione comporta una distribuzione nei fluidi e tessuti corporei e quindi la presenza per un certo periodo di tempo nelle urine e nei capelli. Questo periodo varia in relazione al tipo di sostanza, alla quantità assunta e alla frequenza di assunzione.
- Il test può essere eseguito utilizzando diversi materiali biologici:
  - urina: consente di rilevare la presenza di sostanze consumate fino a qualche giorno prima, con un test di screening di primo livello che si esegue con metodica immunochimica che da informazioni circa la presenza/assenza di una o più sostanze. Se i risultati devono essere utilizzati per finalità medico legali, il campione di urina deve essere raccolto con il sistema di "catena di custodia" ed il test, nel caso di positività, deve essere confermato mediante analisi quantitativa in Cromatografia accoppiata alla Spettrometria di Massa (GC/MS).
  - capello: generalmente permette l'identificazione di consumi per intervalli di tempo più lunghi (risalendo anche a parecchi mesi precedenti, in base alla lunghezza dei capelli). Le analisi sul capello vengono eseguite con tecniche specifiche (GC/MS) che forniscono un elevato grado di certezza.
- 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 può essere 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. Nel caso invece in cui non si esegue la catena di custodia, il paziente raccoglie un unico campione che verrà sottoposto esclusivamente al test di screening, senza la possibilità quindi di poter confermare o meno un'eventuale falsa positività. In quest'ultimo caso il campione verrà smaltito entro pochi giorni dalla raccolta senza quindi avere la possibilità di poter richiedere la controanalisi
- Il test può essere fatto anche in forma anonima.
- I referti possono essere ritirati in sede dal diretto interessato o nei casi previsti dal tutore o da chi esercita la patria potestà, oppure possono essere consegnati a domicilio da un medico prelevatore ad un costo variabile a seconda della zona. Non è previsto l'invio del referto tramite email o il ritiro tramite delega.



# CONS. INFO. PER ACCERTAMENTI PER USO/ABUSO DI SOSTANZE PSICOTROPE SU MINORI

I SOTTOSCRITTI SIG.RI

|                                     |     |               |
|-------------------------------------|-----|---------------|
| Nome:                               |     | Cognome:      |
| nato a:                             | il: | residente in: |
| Via:                                |     | tel:          |
| identificato a mezzo del documento: |     | n°:           |
| rilasciato da:                      |     | in data:      |

|                                     |     |               |
|-------------------------------------|-----|---------------|
| Nome:                               |     | Cognome:      |
| nato a:                             | il: | residente in: |
| Via:                                |     | tel:          |
| identificato a mezzo del documento: |     | n°:           |
| rilasciato da:                      |     | in data:      |

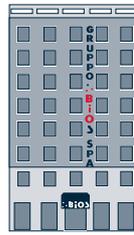
**DICHIARANO/DICHIARA (IN CASO DI GENITORE ESERCENTE IN VIA ESCLUSIVA LA POTESTÀ GENITORIALE)  
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI ESERCITARE LA POTESTÀ GENITORIALE SUL MINORE**

|                                     |     |               |
|-------------------------------------|-----|---------------|
| Nome:                               |     | Cognome:      |
| nato a:                             | il: | residente in: |
| Via:                                |     | tel:          |
| identificato a mezzo del documento: |     | n°:           |
| rilasciato da:                      |     | in data:      |

**IN BASE ALLE INFORMAZIONI RICEVUTE CON LA PRESENTE DICHIARAZIONE:**

- NON** ACCONSENTO ALL'ESECUZIONE DEL TEST
- ACONSENTO** ALL'ESECUZIONE DEL TEST **SENZA CATENA DI CUSTODIA**
- ACONSENTO** ALL'ESECUZIONE DEL TEST **CON CATENA DI CUSTODIA**
- ACONSENTO** ALL'ESECUZIONE DEL TEST **CONSAPEVOLE CHE IL REFERTO NON HA VALENZA MEDICO LEGALE**  
**PERILSEGUENTESCOPO(1)**.....

(1) IN QUESTO CASO, OCCORRERÀ COMPLETARE LA DICITURA SPECIFICANDO IL RIFERIMENTO DELLA RICHIESTA, ES.: "RICHIESTA ASL N... BANDO DI CONCORSO.... ECC."



Rev.00 - 12/06/2019

# CONS. INFO. PER ACCERTAMENTI PER USO/ABUSO DI SOSTANZE PSICOTROPE SU MINORI

PER ACCERTAMENTI CHIMICO-CLINICI PER USO/ABUSO DI SOSTANZE PSICOTROPE .....

FIRMA DEI/ DEL GENITORI/E ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE

FIRMA DEL PAZIENTE SE ULTRASEDICENNE

.....

FIRMA DEL MEDICO

.....

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>CAMPO DI UTILIZZO</b>            | Il presente modulo viene utilizzato quando il paziente ancora minorenne richiede in forma nominale l'esame per l'effettuazione del test per accertamenti chimico-clinici per uso/abuso di sostanze psicotrope. L'Operatore di segreteria e/o operatori di supporto, quali medici, biologi o infermieri, devono invitare il paziente, i genitori/e a leggere e sottoscrivere quanto dichiarato nel presente consenso informato. |
| <b>CHI LO UTILIZZA</b>              | Operatori di segreteria, medici, biologi o infermieri e cliente  |
| <b>COMPILAZIONE</b>                 | 1. Selezionare la società di appartenenza, scrivere la data, il reparto e la sezione, assegnare il numero di protocollo;<br>2. Compilare tutte le voci richieste.  |
| <b>APPROVAZIONE E FIRMA</b>         | Il cliente.  |
| <b>DISTRIBUZIONE</b>                | Il modulo va inviato al reparto in cui viene eseguito l'esame.   |
| <b>ARCHIVIAZIONE E ELIMINAZIONE</b> | Archivio presso il reparto per 5 anni.   |
| <b>NOTE</b>                         |  |