



Università degli Studi di Torino / ASL Città di Torino

CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE (Direttore Prof. Giovanni Di Perri)
Laboratorio di Farmacologia Clinica e Farmacogenetica (Responsabile Prof. Antonio D'Avolio)
Padiglione Q, Ospedale "Amedeo di Savoia" C.so Svizzera 164, 10149 Torino;
Tel. Segreteria 011.4393979, Fax: 011.4393882; Tel. Laboratorio: 011.4393867

CAMPO DA COMPILARE DAL PERSONALE DEL LABORATORIO ANALISI

Data ricezione	Firma	Codice scheda	Campione idoneo
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO CAMPIONI

① Contatto e Riferimenti di chi spedisce il campione

Indicare la persona a cui, eventualmente, richiedere informazioni aggiuntive riguardo il presente campione/i ed a cui inviare i risultati

Ragione Sociale Persona di Riferimento

Telefono E-mail

Codice Cliente Data Ordine

③ Dati del campione/i (ID è il codice UNIVOCO con cui voi tracciate la preparazione. Indicare il volume in microlitri, µL) *Si consigliano 200 µL*

N°	ID Campione	Data preparazione	Volume campione (µL)	Bedrocan 5g/50mL	Bediol 5g/50mL	Bedrolite 5g/50mL	FM2 5g/50mL	FM1 5g/50mL	Pedanos 22/1 5g/50mL	Pedanos 8/8 5g/50mL	Pedanos 1/9 5g/50mL	Altro
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

④ Test Da Effettuare (segnare con una X le analisi richieste)

THC	CBD	THCA	CBDA	CBN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑤ Informazioni del Campione/i (segnare con una X)

<input type="checkbox"/> Olio di cannabis	<input type="checkbox"/> PLASMA	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> Altro
---	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

⑥ Qualsiasi altro commento (continuazione dei campi precedenti, se necessario)

Si dichiara che il campione è stato aliquotato ed inviato secondo le indicazioni presenti nel sito www.coqualab.it (e nel sito www.tdm-torino.org) e che il volume riportato sulla scheda corrisponda al volume reale del campione inviato.

Cognome e Nome del Titolare	Firma del titolare/Resp. laboratorio
-----------------------------	--------------------------------------

Inviare i campioni ed il presente modulo compilato in ogni sua parte all'attenzione del Prof. Antonio D'Avolio presso: **Laboratorio di Farmacologia Clinica e Farmacogenetica; Padiglione Q, Ospedale "Amedeo di Savoia", C.so Svizzera 164 – 10149 Torino.**