



Università degli Studi di Torino / ASL TO2

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; e-mail: info@tdm-torino.org; web: www.tdm-torino.org

Scheda Accompagnamento Campioni

1 2 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)

N°	ID Campione	Data preparazione	Volume campione (µL)	Bedrocan 5g/50mL	Bediol 5g/50mL	Bedrolite 5g/50mL	FM2 5g/50mL	Altro
1				<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"/>	
3				<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"/>	
5				<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"/>	
7				<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"/>	
9				<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"/>	

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
---	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Note:

Per la Titolazione in olio di cannabis si consigliano 200µL

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
-----------------------------	--------------------

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

CAMPO DA COMPILARE DAL PERSONALE DEL LABORATORIO ANALISI

Data ricezione	Firma del Personale ricevente	CODICE SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO	CAMPIONE IDONEO
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>