

	<b>Modulo per l'accettazione delle richieste di esami di laboratorio su prelievi/campioni biologici di pazienti domiciliari</b>	MOD001_ IOdsanT008_ORG	Pag 1 di 1
			Rev 00
			del novembre 2012

***Parte riservata al sanitario che gestisce il prelievo/campione biologico***

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_  
Cognome e nome

Qualifica      Infermiere                      Medico

Consegna il prelievo/campione biologico consistente in \_\_\_\_\_  
(prelievo ematico, urine, feci, ecc.)

Prelevato dal paziente \_\_\_\_\_  
Cognome e nome

Dichiara

Di svolgere attività libero – professionale      Partita IVA n. \_\_\_\_\_

Di essere Dipendente ASUR o di Strutture Sanitarie/assistenziali Pubbliche o Convenzionate, di cui allega attestazione della struttura di appartenenza \_\_\_\_\_

Di essere Dipendente ASUR o di Strutture Sanitarie/assistenziali Private, di cui allega attestazione della struttura di appartenenza \_\_\_\_\_

Di svolgere attività per conto della seguente Cooperativa o Associazione ONLUS di cui allega attestazione della struttura di appartenenza \_\_\_\_\_

Di svolgere attività di volontariato senza alcun compenso per le prestazioni effettuate

Di essere consapevole delle seguenti responsabilità:

1) La responsabilità di tutte le fasi operative del processo di gestione dei campioni biologici consegnati al Laboratorio Analisi (prelievo/raccolta, conservazione, trasporto consegna: ovvero tutta la fase pre-analitica) è **esclusivamente** del personale sanitario che ha effettuato il prelievo/raccolta dei medesimi.

2) Il personale sanitario che consegna i prelievi/campioni biologici è interamente responsabile della veridicità delle dichiarazioni rilasciate e della validità delle certificazioni presentate in riferimento al quanto previsto al punto 5.4 della Istruzione Operativa (IODirsan\*\*\*ORG) riguardo alla conformità alle norme di legge della sua condizione lavorativa. Qualsiasi dichiarazione mendace, individuata dalle verifiche che l'AORMN si riserva di effettuare, comporterà segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

Firma del sanitario dichiarante \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

***Parte riservata al paziente che richiede gli esami***

Firma del paziente (o suo delegato) che richiede gli esami \_\_\_\_\_

***Parte riservata al Laboratorio Analisi dell'AORMN***

Firma del personale che accetta il prelievo/campione biologico \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_