

 A.O. S. Croce e Carle Cuneo	 A.S.L. CN1	 ASL CN2	<b>PGSGQ77.ALL01.</b> <b>RICHIESTA DI ACCERTAMENTO PER RICERCA</b> <b>ALCOLEMIA E SOSTANZE DI ABUSO</b>	S.C. Laboratorio Analisi  Data di emissione: 23/10/2023  Revisione n. 01 Data ultima revisione: 23/10/2023
--	---	---	---	---

**PARTE RISERVATA ALLE FORZE DELL'ORDINE**    Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Per il Sig. \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Autorità che dispone l'accertamento: \_\_\_\_\_  
 Motivazione:  
 art. 186 (alcolemia)  
 art. 187 sostanze stupefacenti o d'abuso)  
 neopatentato / minore di 21 anni / conducente professionale ex art. 25, comma 1 lettera a del D.L. 81/2008  
 Qualifica e firma della Autorità di Pubblica Sicurezza \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL PRONTO SOCCORSO - Dati dell'Utente – Scheda DEA n.:** \_\_\_\_\_

Io sottoscritto

ETICHETTA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_

INFORMATIVA	CONSENSO
<p>Dichiaro di essere stato informato ai sensi dell'art. 114, disposizioni di attuazione del codice di procedura penale*, in merito alla facoltà di farmi assistere da un Difensore di Fiducia, purché prontamente disponibile, pertanto:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NON RICHIEDO</b> l'assistenza di un legale</p> <p><input type="checkbox"/> <b>RICHIEDO</b> l'assistenza di un legale</p> <p>(Per il Personale Sanitario - In questo caso interrompere la procedura e avvisare l'autorità richiedente)</p> <p>FIRMA UTENTE _____</p> <p>FIRMA MEDICO _____</p>	<p>Ai fini degli accertamenti richiesti, dichiaro di essere consapevole della facoltà di rifiutare tali accertamenti e che in caso di rifiuto incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge e richiamate in calce al presente documento e che dichiaro di aver letto e compreso**</p> <p><input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b> all'esecuzione del prelievo ematico / urinario per effettuare le determinazioni tossicologiche richieste dalla forza pubblica.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b> all'esecuzione del prelievo ematico / urinario per effettuare le determinazioni tossicologiche richieste dalla forza pubblica</p> <p>FIRMA UTENTE _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>L'INTERESSATO NON È IN GRADO DI ESPRIMERE IL CONSENSO</b></p> <p>FIRMA MEDICO _____</p>
<p>*Nel procedere al compimento degli atti indicati nell'articolo 356 del Codice, la Polizia Giudiziaria informa la persona sottoposta alle indagini, se presente, che ha facoltà di farsi assistere da un Difensore di Fiducia.</p> <p>**Codice della Strada art. 186/7 accertamento alcolemia. In caso di rifiuto dell'accertamento, il conducente è punito con l'ammenda da € 1.600 a € 6.000, l'arresto da sei mesi ad un anno e comporta la sanzione amministrativa della sospensione della patente da sei mesi a due anni e la confisca del veicolo. Art. 187/8 accertamento sostanze stupefacenti e psicotrope, in caso di rifiuto dell'accertamento, il conducente è soggetto alle sanzioni di cui all'art. 186 comma 7.</p>	

**Nota per il personale DEA: Questo modulo deve essere redatto in tre copie**

Originale: Laboratorio Analisi                      Copia: Autorità che richiede l'accertamento                      Copia: Scheda DEA

### Matrice dei Campioni prelevati

- Prelievo di sangue  Prelievo di sangue da cadavere \*\*\*  
 Urina raccolta sotto osservazione  Prelievo di urina da cadavere \*\*\*

\*\*\* Utilizzare obbligatoriamente il Kit certificato per la raccolta di campioni con valenza medico-legale (se richiesto solo screening Droghe d'Abuso prelevare sempre anche le provette per Alcolemia)

**Campione Ematico** per Etanolemia e/o Per Sostanze stupefacenti/psicotrope (Prelevare 3 provette gel separatore 13x100)

prelevato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Firma di chi ha prelevato i campioni: \_\_\_\_\_

**Campione Urine** per sostanze stupefacenti/ psicotrope (Prelevare campione 3 provette urina 16x100)

prelevato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Firma di chi ha prelevato i campioni: \_\_\_\_\_

### Trasporto

Consegna diretta

Personale Sanitario addetto al trasporto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### PARTE RISERVATA AL LABORATORIO ANALISI

#### Verifica campioni pervenuti

- Conformi  
 Non conformi (campione respinto)  
 Sanato alle ore \_\_\_\_\_

Descrizione non conformità:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Accettazione campioni

Accettato in Laboratorio da \_\_\_\_\_

#### Campioni pervenuti:

**Urina: 3 provette**  **Sangue 3 provette**

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_