

**Modulo per l'accettazione delle richieste di esami di laboratorio
su prelievi/campioni biologici di pazienti domiciliari - CDI/P.O.-**

Il Sottoscritto _____

Qualifica Infermiere Medico
Cognome e nome _____

Dipendente ASP Cosenza in servizio /per conto del servizio CDI di _____

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

Prelevato dal paziente _____
Cognome e nome _____

Dichiara

Di aver consegnato il prelievo/campione biologico, conservato per come da normativa vigente, al sig. _____, in qualità di care-giver del paziente e di aver correttamente informato il care giver sulle corrette modalità e tempistica di trasporto del prelievo/campione biologico.

Di essere consapevole delle seguenti responsabilità:

- 1- La responsabilità di tutte le fasi operative del processo di gestione dei campioni biologici fino alla consegna (al care-giver o al laboratorio analisi) sono esclusivamente del personale sanitario che ha effettuato il prelievo/raccolta dei medesimi.
- 2- Il personale sanitario che effettua i prelievi/campioni biologici è interamente responsabile della veridicità delle dichiarazioni rilasciate e della validità delle certificazioni presentate in riferimento al riguardo alla conformità alle norme di legge della sua condizione lavorativa. Qualsiasi dichiarazione mendace, individuata dalle verifiche che l'ASP-CS si riserva di effettuare, comporterà segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

Firma del sanitario dichiarante _____ data ____/____/____

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

Firma del care-giver delegato al trasporto _____

Parte riservata al Laboratorio Analisi

Firma del personale che accetta il prelievo/campione biologico _____

Data ____ / ____ / _____