

**Modulo per l'accettazione delle richieste di esami di laboratorio
su prelievi/campioni biologici di pazienti domiciliari**

Il Sottoscritto _____

Qualifica Infermiere Medico
Cognome e nome _____

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

Prelevato dal paziente _____
Cognome e nome _____

Dichiara

Di essere iscritto all'Ordine Professionale _____ n. di iscrizione _____

Di svolgere la prestazione a titolo libero – professionale gratuito

Di essere Dipendente A.S.P. CS o di Strutture Sanitarie/assistenziali Pubbliche, Private o Convenzionate, 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 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 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 ____/____/____

Parte riservata al paziente che richiede gli esami

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

Parte riservata al Laboratorio Analisi

Firma del personale che accetta il prelievo/campione biologico _____

Data ____/____/____