

 A.O. S.Croce e Carle Cuneo	 A.S.L. CN1	 A.S.L. CN2 Astra Sanitaria Locale di Alba e Bra	MOD_{Interaziendale016} RICHIESTA DI ACCERTAMENTO PER RICERCA ALCOLEMIA E SOSTANZE DI ABUSO Correlato a Ricerca e determinazione delle sostanze d'abuso ai sensi degli articoli 186-187 del Codice della Strada	SCI Laboratorio Analisi Data di emissione: 12/02/2024 Revisione n. 00 Data ultima revisione: 12/02/2024
---	---	--	--	--

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
 informato ai sensi dell'art. 114, disposizioni di attuazione del codice di procedura penale*
 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 _____

<p>INFORMATIVA</p> <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"/> <u>NON RICHIEDO</u> l'assistenza di un legale <input type="checkbox"/> <u>RICHIEDO</u> l'assistenza di un legale (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>CONSENSO</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"/> <u>ACCONSENTO</u> all'esecuzione del prelievo ematico / urinario* per effettuare le determinazioni tossicologiche richieste dalla forza pubblica.</p> <p><input type="checkbox"/> <u>NON ACCONSENTO</u> all'esecuzione del prelievo ematico / urinario* per effettuare le determinazioni tossicologiche richieste dalla forza pubblica</p> <p>FIRMA UTENTE _____</p> <p><input type="checkbox"/> <u>L'INTERESSATO NON È IN GRADO DI ESPRIMERE IL CONSENSO</u></p> <p>FIRMA MEDICO _____</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.

**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.

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

Originale: Scheda DEA

Copia: Autorità che richiede l'accertamento

Copia: Laboratorio Analisi

Matrice dei Campioni prelevati

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prelievo di sangue | <input type="checkbox"/> Prelievo di sangue da cadavere |
| <input type="checkbox"/> Urina raccolta sotto osservazione | <input type="checkbox"/> Prelievo di urina da cadavere |
| <input type="checkbox"/> Urina prelevata da cateterismo vescicale | |

Utilizzare obbligatoriamente il Kit certificato per la raccolta di campioni con valenza medico-legale

Prelevare le provette indicate dalle etichette prodotte dall' Order Entry 16x100 per urine e 13x100 per sangue con gel separatore

- Campione Ematico** per Etanolemia e/o sostanze stupefacenti/psicotrope

prelevato in data ____ / ____ / ____ alle ore _____

Firma di chi ha prelevato i campioni: _____

- Campione Urine** per sostanze stupefacenti o psicotrope

prelevato in data ____ / ____ / ____ alle ore _____

Firma di chi ha prelevato i campioni: _____

Trasporto

- Cognome e Nome del 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 Sangue 2 provette

Data _____ Ora _____ Firma _____