

## VERBALE DI PRELIEVO

### Ambulatorio di accettazione e prelievo


COGNOME NOME (lavoratore)	SESSO   M   F	DATA DI NASCITA 
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	ESTREMI DOCUMENTO	
DATORE DI LAVORO: DENOMINAZIONE AZIENDA		
INDIRIZZO	COMUNE	
INVIARE FATTURAZIONE A:		
INVIARE REFERTO A:		
INDIRIZZO		
Tel.	FAX: <input type="checkbox"/>	e-mail: <input type="checkbox"/> PEC: <input type="checkbox"/>
QUANTITÀ TOTALE DI URINA RACCOLTA: _____ ml      Temperatura campione _____ °C (32 - 38)		
ANNOTAZIONI		
FARMACI ASSUNTI (nell' ultima settimana)		
COGNOME NOME OPERATORE SANITARIO PRESENTE AL PRELIEVO		FIRMA
FIRMA DEL LAVORATORE: si intende con la firma dare il consenso al prelievo, alle indagini di laboratorio indicate dal Medico Competente e alla veridicità delle informazioni riportate		
DATA : ____/____/____      ORA DELLA RACCOLTA: _____		

CODICE IDENTIFICATIVO Campione raccolto
--