



**DIPARTIMENTO di  
DIAGNOSTICA di LABORATORIO**

C.da Pietrapollastra – 90015 CEFALU’  
Tel.: 0921/920532 – Fax: 0921/920420  
E-mail: [diplaboratori@pec.asppalermo.org](mailto:diplaboratori@pec.asppalermo.org)  
**Direttore: Dott.ssa Barone Teresa**

**Modulo C**

**MODULO INTERNO DI VALIDAZIONE ANALITICA, SOSTANZE D’ABUSO E/O PSICOTROPE**

<b>UOSD Tossicologia e Biochimica</b>	Codice Identificativo campione	Codice Kit
---------------------------------------	--------------------------------	------------

**Dati utente**

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita

Data	Screening	Analita in conferma	Risultato (ng/mL)	Esito
		<b>ANFETAMINE</b>		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
		<b>METADONE</b>		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
		<b>OPPIACEI</b>		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
		<b>COCAINA</b>		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
		<b>CANNABINOIDI</b>		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
		<b>FENTANYL</b>		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
		<b>OSSICODONE</b>		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
		<b>KETAMINA</b>		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Calibratori processati	Validazione	Controlli processati	Validazione	Note:
<input type="checkbox"/> Cal. 1	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Liv. 1	<input type="checkbox"/> OK	
<input type="checkbox"/> Cal. 2	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Liv. 2	<input type="checkbox"/> OK	
<input type="checkbox"/> Cal. 3	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Liv. 3	<input type="checkbox"/> OK	
<input type="checkbox"/> Cal. 4	<input type="checkbox"/> OK			
<input type="checkbox"/> Cal. 5	<input type="checkbox"/> OK			
<input type="checkbox"/> Cal. 6	<input type="checkbox"/> OK			

Data	Screening	Analita in conferma	Risultato (ng/mL)	Esito
		<b>BENZODIAZEPINE</b>		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Calibratori processati	Validazione	Controlli processati	Validazione	Note:
<input type="checkbox"/> Cal. 1	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Liv. 1	<input type="checkbox"/> OK	
<input type="checkbox"/> Cal. 2	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Liv. 2	<input type="checkbox"/> OK	
<input type="checkbox"/> Cal. 3	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Liv. 3	<input type="checkbox"/> OK	
<input type="checkbox"/> Cal. 4	<input type="checkbox"/> OK			
<input type="checkbox"/> Cal. 5	<input type="checkbox"/> OK			
<input type="checkbox"/> Cal. 6	<input type="checkbox"/> OK			

In allegato i report strumentali di quantificazione

Firma del Responsabile della fase analitica

\_\_\_\_\_