

MODULO DI RESPONSABILITA' PER I PRELIEVI EFFETTUATI AL DI FUORI DELL'OSPEDALE

Il sottoscritto Dott. / Infermiere
(cognome) (nome)

iscritto all'Ordine dei Medici / OPI di N°

DICHIARA sotto la propria responsabilità

- di aver eseguito un prelievo ematico biologico
- di consegnare n. campioni biologici
- di aver effettuato il prelievo, la conservazione ed il trasporto del materiale biologico secondo le disposizioni delle Circolari Ministeriali n. 16/1994 e n. 3/2003 e **secondo le modalità stabilite dal Laboratorio Analisi dell'Ospedale Regina Apostolorum**, sollevando lo stesso da ogni responsabilità relativa ad errori preanalitici che dovessero originare da un prelievo errato.

Il materiale biologico prelevato appartiene a Sig./ra
(cognome) (nome)

nato/a a (prov.) il

e residente a in Via

CAP Prov. Tel.

Data del prelievo, li

In fede
(firma leggibile)

.....