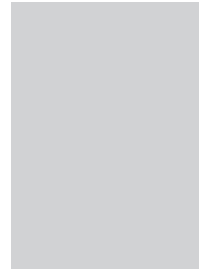


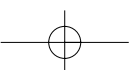
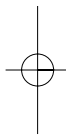
# MODULISTICA



- *MODULO 1: Protocollo di accertamento su **Materiale non Biologico**.*
- *MODULO 2: Protocollo di accertamento su **Persona Vivente**.*

*La modulistica relativa ai sovraesposti Protocolli di Accertamento è scaricabile dal sito della Casa Editrice Piccin seguendo quanto riportato di seguito.*

- 1. Accedere all'indirizzo **www.piccin.it**.*
- 2. Digitare il titolo della monografia di interesse.*
- 3. Digitare sulla scritta "Scarica modulistica".*

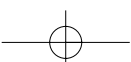
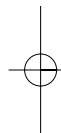
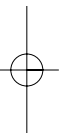


# **MODULO 1**

*Protocollo di Accertamento su*

## **Materiale non Biologico**

- A. ai fini della segnalazione all'autorità amministrativa;**
- B. ai fini di consulenza tecnica/perizia giudiziaria.**



**MODULO 1/A**  
**Protocollo ai fini della segnalazione**  
**all'autorità amministrativa**  
 art. 75 e 75/bis L. n. 49/2006

P.G. operante ..... Pervenuto in laboratorio in data .....

Protocollo P.G. n. ....

Data sequestro .....

A carico di COGNOME ..... NOME .....

**DESCRIZIONE REPERTO**

Tipo involucro .....

Tipo chiusura e sigilli .....

Tipo contenitore .....

Presenza di scritte .....

**CONTENUTO REPERTO****Polveri o solidi****Peso netto in grammi** .....

- colore .....
- odore .....
- forma .....
- consistenza .....
- altre osservazioni .....

**Liquidi****Volume in millilitri** .....

- colore .....
- odore .....
- trasparenza/torbidità .....
- altre osservazioni .....

**Preparazioni farmaceutiche**  
**(caratteristiche di forma, colore,**  
**incisioni, etc.)**

**Numero** .....

- confetti .....
- compresse .....
- capsule .....
- fiale .....
- flaconi .....
- altro .....

CONFORMITÀ CON QUANTO DICHIARATO DALLA P.G. OPERANTE

.....

.....

**ANALISI QUALITATIVE**

Sostanza stupefacente .....

altri principi attivi non stupefacenti .....

Sottoprodotti di origine e/o lavorazione .....

Diluenti .....

**ANALISI QUANTITATIVE**

% principio attivo stupefacente .....

**QUANTITÀ ASSOLUTA GLOBALE**

DI PRINCIPIO ATTIVO STUPEFANTE (in milligrammi) .....

SUPERIORE

INFERIORE

ai limiti "soglia" di cui al Decreto Ministro della Salute del 11/04/06 (G.U. 24/04/06) ed eventuali successive modificazioni

QUANTITATIVO IN RESTITUZIONE ALLA P.G. OPERANTE .....

NOTE .....

Referto stilato in data: .....

Ritirato dalla P.G. operante in data: .....

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA DI  
TOSSICOLOGIA FORENSE

**MODULO 1/B**  
**Protocollo per consulenza tecnica/perizia giudiziaria**

CONSULENTE TECNICO/PERITO .....

DATA INCARICO .....

COMMITTENTE .....

PM .....

GIP .....

TRIB. MONOCRATICO .....

TRIB. IN COLLEGIO .....

ALTRA A.G. ....

DESCRIZIONE DEL CORPO DI REATO

N° C.R. ....

P.G. operante ..... Prot. n. ....

Confezione, sigilli e loro integrità .....

Data sequestro/Data notizia di Reato ..... Prot. n. ....

A carico di

COGNOME ..... NOME .....

DESCRIZIONE CONTENUTO DEL CORPO DI REATO

(descrizione dettagliata per ciascun reperto)

Tipo di involucro o contenitore .....

Integrità della chiusura .....

Eventuali scritte e/o numerazione .....

Caratteristiche organolettiche .....

Peso netto in grammi (polveri, solidi) .....

Volume in ml (liquidi, flaconi, fiale) .....

N° unità (comprese, capsule, confetti, altro) .....

Allegare eventuale documentazione fotografica

CONFORMITÀ CON QUANTO DICHIARATO DALLA P.G. OPERANTE

.....  
 .....

OPERAZIONE DI PRELIEVO

(da eseguire in numero congruo all'entità di ciascun reperto specificando il criterio adottato - vedi testo)

.....  
 .....

PRELIEVI CONSERVATIVI (se richiesti dalla A.G.)

.....  
 .....

MATERIALE DI RESTITUZIONE

.....  
 .....

**MODULO 1/B****METODOLOGIA****ANALISI QUALITATIVE**

Descrizione della tecnica di base .....

.....

Descrizione della tecnica di conferma  
(obbligatoria e tecnicamente diversa da quella di base) .....

.....

Sostanza stupefacente .....

Altri principi attivi non stupefacenti .....

Sottoprodotti di origine e/o lavorazione .....

Diluenti .....

Presenza eventuali metalli .....

Eventuali solventi di cristallizzazione .....

Presenza eventuali precursori di sintesi .....

**ANALISI QUANTITATIVE**

Descrizione della tecnica strumentale adottata .....

.....

Standardizzazione interna .....

Curva di calibrazione (specificare i punti di calibrazione) .....

Affidabilità della curva: controllata in data .....

% principio attivo stupefacente ..... (media di n. .... singole determinazioni)

**Ai fini della comparazione**

% principi attivi non stupefacenti .....

% sottoprodotti di origine e/o lavorazione .....

Qualità dei diluenti .....

Allegare tracciati strumentari (obbligatorio)

**QUANTITÀ ASSOLUTA GLOBALE****DI PRINCIPIO ATTIVO STUPEFACENTE** (in milligrammi)**APPARTENENZA ALLA TABELLA DI LEGGE**SUPERIORE INFERIORE 

Ai limiti "soglia" di cui al Decreto Ministro della Salute del 11/04/06 (G.U. 24/04/06) ed eventuali successive modificazioni



## MODULO 1/B

### OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

.....  
.....  
.....

### MOTIVAZIONI RIGUARDO ALLA COMPARAZIONE (specificare i criteri probabilistici di analogia adottati)

.....  
.....  
.....

### ARCO DI TEMPO MEDIO DI CONSUMO (secondo la criteriologia oggettiva suggerita nel testo)

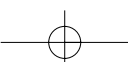
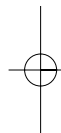
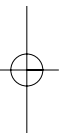
.....  
.....  
.....

IL CONSULENTE/PERITO NOMINATO

### **N.B.**

Nel caso di nomina come consulente di parte con incarico dalla difesa si ricorda che ciò si è reso possibile in base alla L. 397/2000 che ha portato modifiche al CPP anche in ordine alle attività difensive, ma che comunque l'accesso al corpo di reato e relativo esame è possibile solo previa autorizzazione da parte del PM titolare delle indagini o del Giudice. In tal caso il protocollo operativo ricalca esattamente quello della consulenza tecnica per il PM o della perizia giudiziaria (modulo 1/B).

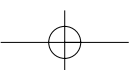
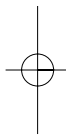
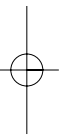
Nel caso di eventuali privati che si rivolgano ad una struttura di Tossicologia Forense per l'esecuzione di analisi su materiale non biologico di sospetta natura stupefacente è necessario indirizzare il privato alle Forze dell'Ordine che opereranno ritualmente, a seconda della situazione, o ai fini della segnalazione all'autorità amministrativa o ai fini della notizia di reato.



## **MODULO 2**

*Protocollo di accertamento su*

**Persona Vivente**



### NOTE INFORMATIVE SU ANALISI DI LABORATORIO ED ESAMI DIAGNOSTICO STRUMENTALI

Il/La sottoscritto/a ..... dichiara  
di essere stato informato/a di quanto segue dal dott. ....

L'accertamento tossicologico-forense per la diagnosi di consumo di sostanze psicoattive comprende l'effettuazione di esami clinici (anamnestico-emeiologico-testistico) e chimico-tossicologici su campioni di sangue, urina (multipli) e capelli (o peli).

Il materiale biologico prelevato sarà conservato presso l'Unità Operativa di Tossicologia Forense e Antidoping .....

Sono applicate procedure atte a preservare la catena di custodia (controllo di parametri chimico-fisici, raccolta sotto controllo visivo con telecamera a circuito chiuso).

I campioni risultati positivi saranno conservati per controanalisi per un periodo minimo di 4 mesi dalla comunicazione dei risultati.

Data ..... Firma .....

### CONSENSO

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver compreso quanto riferitogli in termini comprensibili dal dott. ....

circa la tipologia di prelievi ed analisi di laboratorio cui dovrà essere sottoposto.

Esprime all'esecuzione dei sopradescritti prelievi ed esami strumentali

consenso                       dissenso

Data ..... Firma .....

### Protocollo di accertamento Persona vivente

<b>Consulente Tecnico/Perito</b> ..... .....
---

Cognome ..... Nome .....

Data e luogo di nascita .....

Residenza .....

Domicilio .....

Recapiti telefonici

#### Motivo dell'accertamento

<input type="checkbox"/> Indagine giudiziaria ..... Tribunale di ..... Proc. n. .... Ipotesi di reato ..... <input type="checkbox"/> Richiesta da privato ..... Motivazioni ..... ..... .....
---

#### Dati circostanziali

..... ..... ..... .....
----------------------------------

#### Anamnesi familiare

Genitore ..... Fratelli ..... Familiarità per tossicodipendenza .....
---

**Anamnesi fisiologica**

Primi atti fisiologici e sviluppo psicofisico .....	
Scolarità .....	Leva .....
Stato civile .....	Figli ..... Lavoro .....
Appetito ..... Regime dietetico (ordinario/sportivo) .....	
.....	
..... Potus .....	
Caffè .....	Fumo ..... Alvo/Diuresi .....
Ritmo S/V ..... Ipnoinducenti .....	
Peso abituale (↑-↓ negli ultimi mesi) .....	
Epoca menarca ..... Mestruazioni .....	

**Anamnesi patologica (antecedente inizio assunzione dopanti)**

Malattie infanzia .....	
Ricoveri .....	
Epatite	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> cronica <input type="checkbox"/> non sa <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
HIV	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> non sa <input type="checkbox"/>
Patologie cardiovascolari .....	
Patologie epatiche .....	
Patologie renali .....	
Patologie broncopolmonari .....	
Asma	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabete mellito/Intolleranza al glucosio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Terapie in corso .....	
Allergie .....	

**Anamnesi patologica (successivamente inizio/fine assunzione dopanti)**

Epatite	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> cronica <input type="checkbox"/> non sa <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
HIV	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> non sa <input type="checkbox"/>
Patologie cardiovascolari .....	
Patologie epatiche .....	
Patologie renali .....	
Patologie broncopolmonari .....	
Asma	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabete mellito/Intolleranza al glucosio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Terapie in corso .....	
Allergie .....	

## ESAME CLINICO-OBIETTIVO

Altezza .....	Peso .....	PA .....	mmHg .....
Condizioni generali .....			
Frequenza cardiaca (b/m) .....	Ritmico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Respiro .....			
Ittero SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Masse muscolari .....		Scheletro .....	
Linfoadenomegalia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Agopunture venose	NO <input type="checkbox"/>	RECENTI <input type="checkbox"/>	PREGRESSE <input type="checkbox"/>
Sede .....		Riferito prelievo terapeutico	<input type="checkbox"/>
		Richiesta certificazione	<input type="checkbox"/>
		Acquisita <input type="checkbox"/>	Non acquisita <input type="checkbox"/>
<b>Capo</b>			
Forma .....	Mobilità .....	Punti dolenti .....	
Bulbi oculari .....	Lingua .....	Dentatura .....	
Mucosa nasale	Erosioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Segni di flogosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Mancanza di strutture pilifere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Rinorrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Collo</b>			
Forma .....	Punti dolenti .....		
Tiroide .....	Vasi sanguigni .....		
<b>Torace</b>			
Forma .....	Mobilità .....	Simmetria .....	
F.V.T. ....	Altri reperti palpatori .....		
Suono plessico .....	Margini polmonari .....		
Murmure vescicolare .....			
Rumori patologici .....			
<b>Cuore</b>			
Itto puntuale .....			
Area di ottusità .....			
Toni .....			
Rumori patologici .....			

**Addome** .....

Forma ..... Cicatrice ombelicale .....

Reperti palpatori .....

Reperti percussori .....

Reperti peristaltici .....

**Fegato**Epatomegalia SI  NO 

Altri reperti palpatori .....

Richiesta certificazione markers abuso alcolico SI  NO **Milza**Splenomegalia SI  NO 

Altri reperti palpatori .....

**Regioni lombari** .....

Romberg .....

**Arti****Esame neurologico e psichico**ELOQUIO normale  Borderline  Alterato SENSORIO integro  Obnubilato UMORE Bilanciato  Disforico  Depresso PERCEZIONE Normale  Borderline  Alterata PENSIERO Normale  Borderline  Alterato **MARCIA****PROVA INDICE NASO****ROMBERG****TREMORE**Normale Normale Normale A riposo Instabile Borderline Borderline Intenzionale Patologica Patologico Posturale **PUPILLE**

Isocoriche

SI NO 

Normoreagenti

SI NO 

Anisocoriche

SI NO 

Iporeagenti

SI NO 

Midriatiche

SI NO 

Fotofobia

SI NO 

Miotiche

SI NO 

Consensuale

SI NO **CONVERGENZA**Normale Borderline Patologica **NISTAGMO**SI NO 

IPEREMIA CONGIUNTIVALE

SI NO **RIFLESSI OSTEO-TENDINEI**

AASS

presenti assenti torpidi 

AAII

presenti assenti torpidi **MOTILITÀ**

Mobilità .....

Forza muscolare

Normale Aumentata Ridotta 

Tono muscolare

Normale Aumentata Ridotta **SENSIBILITÀ**Parestesie Disestesie Anestesia





### Richiesta analisi chimico-tossicologiche

Si richiede analisi chimico-tossicologica su campioni di

- urina                      data prelievo ..... contenitore numero .....
- sangue                    data prelievo ..... contenitore numero .....
- matrici cheratiniche data prelievo ..... contenitore numero .....

appartenenti al signor .....  
al fine di ricercare le seguenti sostanze dopanti:

.....

.....

.....

.....

Ipotesi clinica:

- non attualità di assunzione
- autodichiarata assunzione delle seguenti sostanze .....

.....

.....

- sospetto consumo delle seguenti sostanze .....

.....

.....

- soggetto reticente

- uso terapeutico di .....

.....

.....

Data .....

Firma del medico .....

## Verbale di Accettazione Campioni biologici

*Dichiaro di ricevere n. .... contenitori chiusi con sigilli recanti i numeri*

Numero..... che viene destinato all'ANALISI

Numero..... che viene destinato alla CONTROANALISI  
*ed il relativo verbale di prelievo.*

Numero..... che viene destinato all'ANALISI

Numero..... che viene destinato alla CONTROANALISI  
*ed il relativo verbale di prelievo.*

Numero..... che viene destinato all'ANALISI

Numero..... che viene destinato alla CONTROANALISI  
*ed il relativo verbale di prelievo.*

*Dichiaro che il contenuto della scatola destinato all'ANALISI*

- corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo*
- non corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di prelievo  
per i seguenti motivi*
  - Quantità insufficiente*
  - Nominativo sbagliato*
  - Altro .....*

Il Tecnico di Laboratorio

Firma ..... Data .../.../.....

**LABORATORIO****CARATTERISTICHE URINA**

**COGNOME** ..... **NOME** .....

**DATA PRELIEVO** .....

DATA	
COLORE*	
TRASPARENZA**	
PESO SPECIFICO	
pH	
CREATININA	
ADULTERANTI***	
*Colore =	a) giallo paglierino b) giallo ocra c) giallo verdastro d) rosa/rosso e) bruno
**Trasparenza =	I) limpida II) torbida III) materiale estraneo
***Adulteranti =	N) Nitriti O) Ossidanti A) Aldeidi

*A cura del Personale Tecnico di Laboratorio della Struttura Sanitaria Competente*

**LABORATORIO**

**RISULTATI**

**SCREENING CHIMICO-TOSSICOLOGICO SU MATRICI CHERATINICHE o Capelli o Peli**

PRELIEVO DATA	ALCOL ETILICO	AMFETAMINE	BENZODIAZEPINE	BENZOILECGONINA	CANNABINOIDI	LSD	MDMA
PRELIEVO DATA	METADONE	MORFINA	ALTRO	ALTRO	ALTRO	ALTRO	ALTRO

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**LABORATORIO  
RISULTATI**

**SCREENING CHIMICO-TOSSICOLOGICO SU SANGUE**

PRELIEVO DATA	ALCOL ETILICO	AMFETAMINE	BENZODIAZEPINE	BENZOILECGONINA	CANNABINOIDI	LSD	MDMA
PRELIEVO DATA	METADONE	MORFINA	ALTRO	ALTRO	ALTRO	ALTRO	ALTRO

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**LABORATORIO  
RISULTATI**

**SCREENING CHIMICO-TOSSICOLOGICO SU URINA**

PRELIEVO DATA	ALCOL ETILICO	AMFETAMINE	BENZODIAZEPINE	BENZOILECGONINA	CANNABINOIDI	LSD	MDMA
PRELIEVO DATA	METADONE	MORFINA	ALTRO	ALTRO	ALTRO	ALTRO	ALTRO

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**POSITIVITÀ**

- Non confermata con tecnica ..... per ..... sul campione del .....
- CONFERMATA** con tecnica ..... per ..... sul campione del .....

**RISULTATI ACCERTAMENTO CLINICO-TOSSICOLOGICO-ANAMNESTICO**

**EPICRISI CLINICO-TOSSICOLOGICA PREGRESSA**

**PREGRESSA ESPOSIZIONE A SOSTANZE DOPANTI**

ALCOL ETILICO	AMFETAMINE	BENZODIAZEPINE	BENZOILECGONINA	CANNABINOIDI	LSD	MDMA
METADONE	MORFINA	ALTRO	ALTRO	ALTRO	ALTRO	ALTRO

**EPICRISI CLINICO-TOSSICOLOGICA ATTUALE**

ASSENZA DI USO  ESPOSIZIONE REITERATA   
 ESPOSIZIONE OCCASIONALE  USO TERAPEUTICO DOCUMENTATO

ALCOL ETILICO	AMFETAMINE	BENZODIAZEPINE	BENZOILECGONINA	CANNABINOIDI	LSD	MDMA
METADONE	MORFINA	ALTRO	ALTRO	ALTRO	ALTRO	ALTRO