

## **PRESIDIO OSPEDALIERO**

*Giovan Battista GRASSI*

### **SERVIZIO CUP – CENTRO PRELIEVI ACCETTAZIONE degli ESAMI di LABORATORIO ANALISI**

#### **SERVIZIO CUP**

L'**ACCETTAZIONE** si effettua al Piano terra presso lo sportello CUP situato nei pressi del CENTRO PRELIEVI, presentando la richiesta medica direttamente nel giorno in cui si debbono eseguire gli esami.

**ORARIO DI APERTURA** sportello CUP del Centro Prelievi: dal lunedì al sabato dalle ore 7:00 alle ore 11:30.

Gli sportelli CUP rimangono chiusi nei giorni festivi e per la festività del Santo Patrono del 29 giugno.

Nel caso di prescrizioni che prevedano la consegna di campioni biologici (urine, feci, espettorato, liquido seminale) la raccolta deve essere effettuata presso il proprio domicilio ed i campioni devono essere consegnati il giorno dell'accettazione.

#### **CENTRO PRELIEVI**

**Dalle ore 7:00 alle ore 9:00 possono accedere tutte le categorie SENZA APPUNTAMENTO**

**Dalle ore 7:00 alle ore 10:00 possono accedere SENZA APPUNTAMENTO le seguenti categorie:**

- COD. ESENZIONE 048
- COD. ESENZIONE M50
- GRAVIDANZA
- INVALIDITA' 100%
- MINORI DI 12 ANNI
- OVER 80
- PAZIENTI IN TERAPIA ANTICOAGULANTE
- PAZIENTI INSULINO DIPENDENTI
- L.81/08
- PER LA SOLA CONSEGNA DI CAMPIONI BIOLOGICI QUALI URINE, FECI, ESPETTORATO, LIQUIDO SEMINALE, TAMPONI

Il **CENTRO PRELIEVI** si trova al Piano Terra, Stanza n. 8.

**ORARIO DI APERTURA:** dal lunedì al sabato dalle ore 7:00 alle ore 13.00.

Il **CENTRO PRELIEVI** rimane chiuso nei giorni festivi e per la festività del Santo Patrono del 29 giugno.

#### **Per informazioni:**

- di persona c/o il Centro prelievi dal lunedì al venerdì dalle ore 11:30 alle ore 12:30;
- all'URP o sul sito aziendale;
- all'indirizzo mail **centroprelievi.grassi@aslroma3.it**.

Presso il **CENTRO PRELIEVI** è possibile ritirare, dalle ore 11:30 alle ore 12:30, le provette urine e feci e le procedure per la corretta esecuzione delle prestazioni.

Sul sito aziendale si può trovare l'elenco degli esami che il laboratorio effettua  
[Centri Prelievi - Asl Roma 3.](#)

**PRESTAZIONI ESEGUITE E ACCETTATE SOLO DAL CENTRO PRELIEVI DEL G.B. GRASSI (vedi Specifiche prestazioni)**

- Crioglobuline
- Curve glicemiche fino a 180'
- Emocromo a caldo
- Emogasanalisi venoso
- Esami tossicologici con Catena di custodia
- Intradermoreazione di Mantoux
- Liquido seminale per Spermioγραμμα
- Prelievo per Test stimolazione linfocitaria antigeni specifici (Quantiferon).

**PRESIDIO OSPEDALIERO**

*Giovan Battista GRASSI*

**RITIRO REFERTI**

**degli ESAMI di LABORATORIO ANALISI**

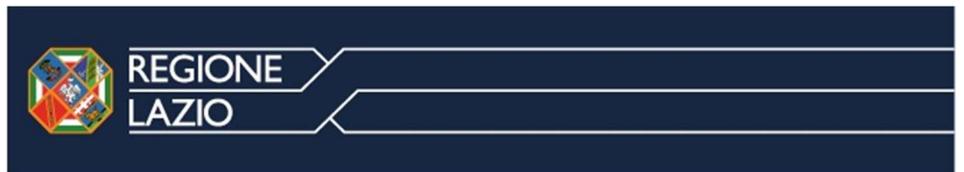
1. **DI PERSONA** presso qualsiasi sportello **CUP** del territorio della ASL Roma 3; lo sportello CUP del Centro prelievi del G.B. Grassi è aperto per il ritiro dei referti dal lunedì al sabato dalle ore 10:50 alle ore 11:30. Il referto può essere ritirato da persona diversa dal titolare esibendo la delega (in allegato MODULO DELEGA), il documento di riconoscimento del delegato e la fotocopia del documento di riconoscimento del delegante.

2. **ONLINE** [www.iltuoreferto.regione.lazio.it](http://www.iltuoreferto.regione.lazio.it) utilizzando la password rilasciata dal CUP (LAZIO ESCAPE) al momento dell'accettazione o andando sul proprio FASCICOLO SANITARIO  
[Fascicolo Sanitario Elettronico - Salute Lazio](#)

**N.B.** I referti delle indagini immuno-ematologiche (**Gruppo sanguigno, Test di Coombs diretto e indiretto, Crioglobuline**) devono essere ritirati necessariamente di persona presso il Centro dove sono stati eseguiti i prelievi.

Il referto HIV dovrà essere ritirato **solo** dall'interessato munito di documento d'identità presso: **Unità Operativa Controllo e Prevenzione Malattie Infettive (COMAVI)** dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e il lunedì e il giovedì dalle ore 14:30 alle ore 17:00 - Viale dei Romagnoli, 781 (Ostia Antica) – Per informazioni telefoniche 065648.3011-3289-3039-3014 dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 13:00 il lunedì e il giovedì dalle ore 8:30 alle ore 17:00.

# MODULO DELEGA



## CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE

### CENTRO PRELIEVI G.B. GRASSI

**RITIRO REFERTI:** dal lunedì al sabato dalle ore 10:50 alle ore 11:30

IL REFERTO PUO' ESSERE RITIRATO DA PERSONA DIVERSA DAL TITOLARE STESSO ESIBENDO IL PRESENTE MODULO DEBITAMENTE COMPILATO ED UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

**N.B. Allegare copia del documento di identità del delegante**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ a ritirare per proprio conto il referto di cui sopra.

Firma delegante

\_\_\_\_\_

## **PRESIDIO OSPEDALIERO**

*Giovan Battista GRASSI*

### **CENTRO PRELIEVI**

**(Specifiche prestazioni)**

Per esigenze organizzative del Laboratorio analisi e del Centro Trasfusionale i seguenti esami vengono effettuati unicamente presso il Centro prelievi del G. B. Grassi:

#### **CRIOGLOBULINE**

Il referto dell'indagine immuno-ematologica Crioglobuline deve essere ritirato necessariamente di persona presso il CUP del Centro Prelievi del G.B. Grassi.

#### **LIQUIDO SEMINALE**

- **Spermiogramma:** il **giovedì** dalle ore **9:00** e le ore **10:00**

Compilare il MODULO "ESAME DEL LIQUIDO SEMINALE" (allegato), seguendo la relativa procedura (allegata); il modulo e la procedura possono anche essere ritirati presso il CENTRO PRELIEVI del G.B. Grassi, dalle ore 11:30 alle ore 12:30, o richiesti per e-mail a [centroprelievi.grassi@aslroma3.it](mailto:centroprelievi.grassi@aslroma3.it).

**N.B. Il campione deve essere raccolto presso il proprio domicilio.**

#### **INTRADERMOREAZIONE DI MANTOUX**

Il test si effettua nei giorni **lunedì, martedì, venerdì e sabato**.

**N.B.** Il controllo si effettua a **72 ore** (3 giorni) dal test, alle ore **11:00**.

#### **PRELIEVO TEST STIMOLAZIONE LINFOCITARIA ANTIGENI SPECIFICI (QUANTIFERON)**

Si effettua tutti i giorni **tranne** nei giorni prefestivi (es. il sabato).

#### **ESAMI TOSSICOLOGICI CON CATENA DI CUSTODIA**

Gli utenti che devono eseguire esami ematici e/o urine per la certificazione di non uso di sostanze stupefacenti, devono effettuare le analisi in regime di **CATENA DI CUSTODIA** che rende tracciabile ogni movimento del campione, dal momento della sua raccolta all'arrivo nel laboratorio che eseguirà l'analisi, fino allo smaltimento o conservazione.

Si eseguono nei giorni **MARTEDI'** e **VENERDI'** dalle ore 11:00 alle ore 12:00.

Gli esami tossicologici in **CATENA DI CUSTODIA** vengono eseguiti previo appuntamento; è necessario presentare la **fotocopia della richiesta rilasciata dalla Commissione medico legale.**

La **prenotazione** deve essere effettuata di persona presso gli sportelli **CUP** aziendali.

**PRESIDIO OSPEDALIERO**  
*Giovan Battista GRASSI*  
**RACCOMANDAZIONI**

**RACCOMANDAZIONI PRIMA DI ESEGUIRE IL PRELIEVO EMATICO**

- evitare, nei giorni che precedono il prelievo, un'intensa attività fisica e situazioni di stress;
- evitare il fumo nelle ore precedenti il prelievo;
- per il dosaggio dell'OMOCISTEINA rispettare un digiuno da almeno 12 ore ed è tassativo non fumare;
- non assumere farmaci, esclusi i farmaci salva-vita o le terapie che non possono essere interrotte;
- prima del prelievo della PROLATTINA l'utente verrà invitato a rimanere sdraiato 20' sul lettino;
- la maggior parte degli esami di laboratorio necessitano di un digiuno di un minimo di 8 ore, preferibilmente 12 ore, senza bisogno di modificare le proprie abitudini di vita;
- prima di recarsi al Centro prelievi leggere l'impegnativa rilasciata dal MMG e verificare l'esattezza dei dati indicati;
- **CURVA GLICEMICA, INSULINEMICA, POST PRANDIALE PRECOCE** (dopo colazione) **E PRELIEVO PER CORTISOLO** presentarsi **entro le ore 08,00**;
- i prelievi ai MINORENNI verranno eseguiti solo se presente uno dei due genitori, o un loro delegato con delega scritta e fotocopia dei documenti di riconoscimento, o se è presente il tutore legale;
- i campioni di urine e feci devono essere raccolti presso il proprio domicilio e consegnati il giorno dell'accettazione. Si consiglia di effettuare l'accettazione SOLO se si hanno i campioni biologici. **Non verranno accettati nei giorni seguenti**;
- non si possono raccogliere i campioni nei bagni dell'Ospedale;
- usare le provette richieste dal Laboratorio analisi:



## **NORME DA OSSERVARE PER UNA CORRETTA RACCOLTA DEL LIQUIDO SEMINALE PER LO SPERMIOGRAMMA**

L'utente deve seguire un periodo di astinenza sessuale di 3-5 giorni fino al giorno del prelievo e deve avere una eiaculazione provocata prima dell'esame.

L'intero eiaculato, ottenuto esclusivamente mediante masturbazione, deve essere raccolto direttamente in un contenitore sterile con apertura larga, cercando di non esporlo ad eccessive escursioni termiche o di movimento.

Il campione deve essere raccolto presso il proprio domicilio e deve pervenire al Centro Prelievi **ENTRO UN'ORA E MEZZA** dalla raccolta.

### **GIORNI E ORARI DI ACCETTAZIONE/CONSEGNA:**

il giovedì **dalle ore 9:00 alle ore 10:00**

(\*Allegare al campione il foglio "ESAME DEL LIQUIDO SEMINALE" debitamente compilato).

## MODULO ESAME DEL LIQUIDO SEMINALE (SPERMIOGRAMMA)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Celibe  Coniugato  Figli NO  SI   
 Raccolta ore \_\_\_:\_\_\_ Astinenza gg \_\_\_\_\_

NOTIZIE CLINICHE PERSONALI	A CURA DEL LABORATORIO
<p><b><u>Patologia Vascolare</u></b>            Varicocele NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>            Operato NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> anno _____</p>	<p><b><u>Esame chimico fisico</u></b>            Aspetto _____            Fluidificazione _____            Volume _____ Viscosità _____ Ph _____</p>
<p><b><u>Patologia Infettiva</u></b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Conteggio nemaspermi</u></b>            N° nemaspermi/ml _____</p>
<p><b><u>Patologia ormonale</u></b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Motilità dopo 2 ore</u></b>            Normocinetici _____            Ipocinetici _____            Discinetici _____            Immobili _____</p>
<p><b><u>Esami precedenti</u></b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Morfologia</u></b>            F. tipiche _____            F. giovani _____            F. atipiche _____</p>
<p><b><u>Terapia in atto</u></b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Esame microscopico</u></b>            Cellule germinative  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">             Alcuni    Numerosi           </div>           Spermatozoi I                    <input type="checkbox"/>                    <input type="checkbox"/>            Spermatozoi II                   <input type="checkbox"/>                    <input type="checkbox"/>            Spermatozoi III                   <input type="checkbox"/>                    <input type="checkbox"/>            Zone di spermioagglutinazione            _____</p>