



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO
Sistema Sanitario Regione Liguria
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Largo R. Benzi,10
16132 Genova

U.O.C. Medicina di Laboratorio
(Direttore: Dott. f.f. Luca Nanni)

MODULO RICHIESTA INTERNA PROVETTE CONTENENTE ACIDO CLORIDRICO 6N (HCl 6N)

Da inviare al fax: 6737

Ufficio Coordinatori
U.O. Medicina di Laboratorio
tel. 3197/5198

Reparto richiedente: _____

Centro di Costo: _____

tel.: _____

fax: _____

Si richiede/richiedono all'U.O. Medicina di Laboratorio:

N° _____ provetta/e contenente /i 10 mL di **Acido Cloridrico 6N** per acidificazione urine
raccolta 24 ore

L'acidificazione delle urine è necessaria per la determinazione di:

ACIDO-5 IDROSSIINDOLACETICO (5-HIAA), ACIDO OMOVANILLICO (HVA) ACIDO VANILMANDELICO (VMA), CATECOLAMINE, CITRATURIA, METANEFRINE, OSSALURIA, SEROTONINA,

L'U.O. Medicina di Laboratorio Ospedale Policlinico San Martino declina ogni responsabilità correlata ad un uso inappropriato dell'acido cloridrico 6N.

Data: _____

Il Coordinatore Infermieristico
(timbro e firma)
