**1**

**Identificació Pacient**

**PACIENT**

**Nom i cognoms**

**DNI o equivalent**

**Data de naixement**

**Telèfon de contacte**

 **/ /**

**CIP**

**2**

**Identificació Sol·licitant**

**SOL·LICITANT**

[ ]  **Pacient**

[ ]  **Altra persona o centre sanitari:**

**Telèfon de contacte**

**Nom i cognoms del sol·licitant / Nom del centre sol·licitant**

**DNI / CIF / equivalent**

En cas de **menors de 16 anys** han de constar les dades dels dos progenitors/tutors/es llevat que s’acrediti família monoparental o la suspensió de la pàtria potestat.

**3**

**Descripció Sol·licitud**

**SOL·LICITUD**

**Material sol·licitat:**

[ ] ***Mostra biològica.*** Indiqueu el tipus de mostra**: *........................***

[ ]  ***Dades analítiques***

[ ] **Altres: *........................***

**4**

**Forma d’Entrega**

**ENTREGA**

[ ]  **En persona:** La persona que realitzi la recollida haurà de mostrar el DNI o document equivalent **original**

**De dilluns a divendres de 9.00 a 14.00 h**

Punt d’atenció documental, entrada principal pel carrer Sant Quintí

[ ]  **Per missatgeria a càrrec del pacient i/o centre sanitari de destí a la següent direcció (INDICAR EMPRESA MISSATGERIA):** 

En cas de recollida i entrega per missatgeria, l’Hospital de la Santa Creu i Sant Pau no es fa responsable del material sol·licitat un cop ha estat entregat a l’empresa de missatgeria.

##### Quan la recollida no sigui presencial, cal adjuntar amb la sol·licitud el document d’identitat del pacient (DNI o document equivalent) i, si es sol·licita en nom del pacient, a més cal adjuntar un document que acrediti la seva representació.

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

Signatura pacient, tutors/es, representant o autoritzat/da

**5**

**Acreditació necessària**

**ACREDITACIÓ NECESSÀRIA PER REBRE LES MOSTRES O DADES ANALÍTIQUES**

##### Si és el/la titular:

##### DNI o document equivalent vàlid que l’identifiqui

##### Si és un/a representant o autoritzat/da:

##### Còpia del DNI o document equivalent del/la titular i del/de la representant

##### Autorització signada pel titular/poders per a la sol·licitud i/o recollida de les mostres o dades analítiques

##### Per a pacients difunts:

##### Còpia del DNI o document equivalent del sol·licitant

##### Còpia del llibre de família o document de voluntats anticipades

##### Per a pacients menors de 16 anys:

##### Còpia del DNI o document equivalent del/la titular i dels tutors/es o del/de la representant

##### Còpia del llibre de família o document que acrediti la tutela

**Per a pacients incapacitats o amb mesures de suport a la capacitat:**

* Còpia del DNI o document equivalent del/de la titular i del/de la representant o persona autoritzada
* Còpia del document acreditatiu de la representació, mesures de suport o curatela (sentència, poders, etc.)