

## Formulario de solicitud de análisis - Aceite de cannabis (cuantificación de THC y CBD)

*Aclaración: Deberá completar un formulario por muestra y entregarlo impreso el día del turno*

Datos personales	
Nombre y apellido	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Según la procedencia (1 o 2) del aceite, marque (x) o complete según corresponda	
<b>1. Aceite de origen artesanal/casero</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Producción: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Por terceros <input type="checkbox"/> Sin datos</li> <li>▪ Origen (ciudad, país): _____ <input type="checkbox"/> Sin datos</li> <li>▪ Fecha de elaboración: __/__/__ <input type="checkbox"/> Sin datos</li> <li>▪ Material vegetal utilizado para la extracción:  <input type="checkbox"/> Cogollos <input type="checkbox"/> Hojas <input type="checkbox"/> Tallos <input type="checkbox"/> Sin datos  <input type="checkbox"/> Otros: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vehículo oleoso (Ej.: oliva): _____ <input type="checkbox"/> Sin datos</li> <li>▪ Método de extracción:  <input type="checkbox"/> Con calor <input type="checkbox"/> En frío  <input type="checkbox"/> Con alcohol <input type="checkbox"/> Con aceite <input type="checkbox"/> Sin datos  <input type="checkbox"/> Otro: _____</li> </ul>
<b>2. Producto farmacéutico/ estandarizado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Marca: _____</li> <li>▪ Vencimiento: __/__/__</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Composición (%THC, %CBD, etc.) según prospecto/etiqueta: _____</li> </ul>
Complete INDEPENDIENTEMENTE del origen del aceite	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fecha de apertura: __/__/__ <input type="checkbox"/> Sin abrir <input type="checkbox"/> Sin datos</li> <li>▪ Lugar de almacenamiento (heladera, alacena, botiquín, etc.): _____</li> </ul>	
Considerando al paciente bajo tratamiento, marque (x) o complete según corresponda	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad: ____ ▪ Sexo (F/M): ____</li> <li>▪ Fecha de inicio del tratamiento con aceite de cannabis: __/__/__ <input type="checkbox"/> Aún no inició</li> <li>▪ Dosis y frecuencia: Gotas por día: ____ Días por semana: ____</li> <li>▪ Seguimiento médico del tratamiento con cannabis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>▪ Nombre y apellido del médico tratante: _____</li> <li>▪ ¿Cuál es la dolencia o enfermedad por la cual inició el tratamiento con aceite de cannabis?:            _____</li> <li>▪ ¿Utiliza actualmente otro medicamento? ¿Cuál/es? _____</li> </ul>	
Información a completar únicamente por el personal del CENATOXA	
N° de muestra:	Descripción de la muestra recibida: _____ _____ _____
Fecha:	

*Atención: La información solicitada a través del presente formulario es confidencial y de uso exclusivo del CENATOXA con fines analíticos y de validación de resultados. Asimismo, el CENATOXA no se hace responsable por el uso indebido de la información que resultase del análisis cuantitativo de la muestra remitida.*