



Melatonina Salivare - 96610 -

Data:

Dati del paziente

ID paziente/N° etichetta:

Cognome e nome:

Data di nascita:

Indirizzo completo:

Etichetta paziente EOC

Medico richiedente (se diverso da paziente)

Cognome e nome:

indirizzo:

Telefono:

Motivo della richiesta / indicazione clinica:

Fatturazione (Melatonina Salivare: 120 CHF*)

Indirizzo di fatturazione (se diverso da paziente):

Informazioni del prelievo

Si raccomanda di seguire scrupolosamente le istruzioni allegate in merito a esposizione alla luce, assunzione di cibo, bevande, farmaci.

Data di raccolta dei campioni di saliva:

Ora a cui si addormenta normalmente (coincide con campione 4):

Campioni salivari	# Orario di raccolta
1	
2	
3	
4	
5	

Etichetta
Campione
EOC

Informazioni obbligatorie

* Analisi non rimborsabile dalla cassa malati

ENTE OSPEDALIERO CANTONALE

Clinica di Medicina di laboratorio EOLAB
Istituto di Diagnostica Integrata della Svizzera Italiana IDISI
Laboratorio di Biochimica e Farmacologia Clinica
Laboratorio.BFC@eoc.ch
LAB-M-11-602 / vers. 01.01.2026

Neurocentro della Svizzera Italiana
Centro di Medicina del Sonno,
centrosonno@eoc.ch



Melatonina Salivare - 96610 -

Data:

Patient

ID patient:.....

Nom et prénom:

Date de naissance complète:

Adresse complète:

Étiquette du patient EOC

Demandeur (si différent du patient)

Nom et Prénom:.....

Adresse.....

Téléphone

Données cliniques.....

Facturation (Mélatonine Salivare: 120 CHF*)

#Adresse de facturation (si différent du patient):

Informations sur les prélèvements

Il est recommandé de suivre scrupuleusement les instructions ci-jointes concernant l'exposition à la lumière, à la nourriture, aux boissons et aux médicaments.

Date du prélèvement des échantillons:

Heure à laquelle vous vous endormez normalement (coïncide avec l'échantillon 4):.....

Échantillons salivaires	# Heure du prélèvement
1	
2	
3	
4	
5	

Étiquette de
l'échantillon
EOC

Informations indispensables

* NON remboursable par la caisse maladie

ENTE OSPEDALIERO CANTONALE

Clinica di Medicina di laboratorio EOLAB
Istituto di Diagnostica Integrata della Svizzera Italiana IDISI
Laboratorio di Biochimica e Farmacologia Clinica
Laboratorio.BFC@eoc.ch
LAB-M-11-602 / vers. 01.01.2026

Neurocentro della Svizzera Italiana
Centro di Medicina del Sonno,
centrosonno@eoc.ch



Melatonina Salivare - 96610 -

Datum:

Patienten-Angaben

Patienten-ID:.....

Vorname und Name:.....

Geburtsdatum:

Adresse:

.....



Auftraggeber (falls vom Patienten verschieden)

Vorname und Name:.....

Adresse:.....

Telefon:.....

Klinische Angaben:.....

Rechnung an (Melatonin im Speichel: 120 CHF*)

Rechnungsadresse (falls vom Patienten verschieden):

.....

.....

Angaben zur Probe/Patient

Es wird empfohlen, die beigefügte Anleitung für die Exposition gegenüber Licht, Essen, Trinken und Medikamenten strikt zu befolgen.

Entnahmedatum:.....

Zeit, wo der Patient normalerweise einschläft (entspricht der Probe 4):.....

Speichel Probe	# Entnahmezeit
1	
2	
3	
4	
5	



Obligatorische Angaben.

* Analyse die von der Krankenkasse nicht erstattungsfähig ist.

ENTE OSPEDALIERO CANTONALE

Clinica di Medicina di laboratorio EOLAB
Istituto di Diagnostica Integrata della Svizzera Italiana IDISI
Laboratorio di Biochimica e Farmacologia Clinica
Laboratorio.BFC@eoc.ch
LAB-M-11-602 / vers. 01.01.2026

Neurocentro della Svizzera Italiana
Centro di Medicina del Sonno,
centrosnonno@eoc.ch