



Lähetäjä

Asiakasnumero	Eriävä vastausosoite
---------------	----------------------

Tiedustelut (hoitava lääkäri/työterveyshoitaja)

Nimi	Puh.
------	------

Tiedot testattavasta

Nimi	Henkilötunnus
------	---------------

Henkilöllisyys varmistettu

Ajokortti Passi Henkilökortti Muu, mikä

Lääkitys kahden viimeisen viikon ajalta

Ei lääkitystä

Lääkitys (nimet ja annokset):

Tutkimuspyyntö

U -Huum 4A (9211) Amfetamiinit, bentsodiatsepiinit, kannabis, opiaatit

U -Huum 4B (9212) Amfetamiinit, kannabis, kokaiini, opiaatit

U -Huum 5A (9274) Amfetamiinit, fensyklidiini, kannabis, kokaiini, opiaatit

U -Huum 5B (9213) Amfetamiinit, bentsodiatsepiinit, kannabis, kokaiini, opiaatit

U -Huum 5C (9275) Amfetamiinit, buprenorfiini, kannabis, kokaiini, opiaatit

U -Huum 6A (9233) Amfetamiinit, bentsodiatsepiinit, buprenorfiini, kannabis, kokaiini, opiaatit

U -Huum 7A (9221) Amfetamiinit, barbituraatit, bentsodiatsepiinit, fensyklidiini, kannabis, kokaiini, opiaatit

U -Huum 7B (9234) Amfetamiinit, barbituraatit, bentsodiatsepiinit, buprenorfiini, kannabis, kokaiini, opiaatit

U -Huum 9A (9261) Amfetamiinit, barbituraatit, bentsodiatsepiinit, dekstropropoksifeeni, fensyklidiini, kannabis, kokaiini, metadoni, opiaatit

B-EtOH (1378) Etanoli kokoverestä

Näytetiedot

Virtsanäyte

pH _____ Lämpötila (4 min kuluessa näytteenotosta) _____

Sinettitarrojen koodit: A/B _____

Huomioita

Näytteenottajan allekirjoitus

Vakuutan, että näyte on edustava, sinetöity ja koodattu samoilla koodinumeroilla, jotka on merkitty tähän lomakkeeseen. Näyte on sinetöity testattavan läsnä ollessa.

Paikka ja aika _____ Näytteenottajan allekirjoitus

Testattavan suostumus ja allekirjoitus (testattava täyttää)

Suostun siihen, että minulle tehdään huumeausinetesti. Minua on informoitu testin tarkoituksesta ja sisällöstä. Vakuutan antaneeni oman näytteeni ja hyväksyn näytteenottomenettelyn, pullojen koodauksen ja sinetöinnin. Olen myös tarkistanut, että koodinumerot pulloissa ovat yhtäpitävät tässä lomakkeessa olevien koodinumeroiden kanssa.

Annan suostumukseni siihen, että saadut tulokset toimitetaan luottamuksellisesti yllä mainittuun vastausosoitteeseen terveydenhuollon ammattihenkilölle.

Paikka ja aika _____ Testattavan allekirjoitus ja nimenselvennys