

Avsändare

Kundnummer	Svarsadress (om annan än avsändare)
------------	-------------------------------------

Kontaktperson (läkare/vårade)

Namn	Tfn
------	-----

Personuppgifter av den testade

Namn	Födelsedatum/Socialskyddssignum
------	---------------------------------

Identifiering fasställd

Körkort Pass FPA-kort Annat (vilket?)

Medicinering under de två föregående veckorna

Ingen medicinering

Medicinering (namn och dosering)

Undersökning

- U –Huum 4A (9211) Amfetaminer, benzodiazepiner, kannabinoider, opiater
- U –Huum 4B (9212) Amfetaminer, kannabinoider, kokain, opiater
- U –Huum 5A (9274) Amfetaminer, fencyclidin, kannabinoider, kokain, opiater
- U –Huum 5B (9213) Amfetaminer, benzodiazepiner, kannabinoider, kokain, opiater
- U –Huum 5C (9275) Amfetaminer, buprenorfin, kannabinoider, kokain, opiater
- U –Huum 6A (9233) Amfetaminer, benzodiazepiner, buprenorfin, kannabinoider, kokain, opiater
- U –Huum 7A (9221) Amfetaminer, barbiturater, benzodiazepiner, fencyclidin, kannabinoider, cocaine, opiater
- U –Huum 7B (9234) Amfetaminer, barbiturater, benzodiazepiner, buprenorfin, kannabinoider, kokain, opiater
- U –Huum 9A (9261) Amfetaminer, barbiturater, benzodiazepiner, dextropropoxifen, fencyclidin, kannabinoider, kokain, metadon, opiater
- B –EtOH (1378) Etanol i blod

Provinformation

Urinprovet

pH _____ Temperatur (mätt inom 4 minuter från provtagningen) _____

Sigillens kodnummer: A _____ B _____

Anmärkningar

Provtagarens underskrift

Jag intygar att provet är fyller kvalitetskraven, förseglat och kodat med samma kodsiffror som är markerade i detta formulär. Provet har förseglats i den testades närvaro.

Plats och datum

Provtagarens underskrift

Den testades samtycke och underskrift (testade fyller i)

Jag samtycker till att bli testad för droger och jag har blivit informerad om testens syfte och innehåll. Jag bekräftar att jag har givit mitt eget prov och jag godkänner provtagningsproceduren, kodningen av behållaren och sigillen. Jag har även kontrollerat att kodsiffrorna på provbehållaren överstämmer med kodsiffrorna i denna blankett. Jag ger mitt samtycke till att provresultaten rapporteras konfidentiellt till hälsovårdspersonalen vid den ovanstående svarsadressen.

Plats och datum

Testades underskrift