



Отправитель

	Другой адрес для ответа
Номер клиента	

Запросы (лечащий врач/медработник по месту работы)

Имя	Тел.
-----	------

Сведения о лице, проходящем тестирование

Имя	Ид.номер
-----	----------

Личность подтверждена

Водительское удостоверение Паспорт Карточка Kela Другое, укажите что

Лекарственные препараты, принимаемые в течение последних двух недель

Лекарственные препараты не принимались

Лекарственные препараты (названия и дозы):

Направление на анализ

U -Нииит 4А (9211) Амфетамины, бензодиазепины, каннабис, опиаты

U -Нииит 4В (9212) Амфетамины, каннабис, кокаин, опиаты

U -Нииит 5А (9274) Амфетамины, фенциклидин, каннабис, кокаин, опиаты

U -Нииит 5В (9213) Амфетамины, бензодиазепины, каннабис, кокаин, опиаты

U -Нииит 5С (9275) Амфетамины, бупренорфин, каннабис, кокаин, опиаты

U -Нииит 6А (9233) Амфетамины, бензодиазепины, бупренорфин, каннабис, кокаин, опиаты

U -Нииит 7А (9221) Амфетамины, барбитураты, бензодиазепины, фенциклидин, каннабис, кокаин, опиаты

U -Нииит 7В (9234) Амфетамины, барбитураты, бензодиазепины, бупренорфин, каннабис, кокаин, опиаты

U -Нииит 9А (9261) Амфетамины, барбитураты, бензодиазепины, декстропроксифен, фенциклидин, каннабис, кокаин, метадон, опиаты

В-ЕтОН (1378) Этанол в цельной крови

Данные об анализе

Проба мочи

pH _____ Температура (в течение 4 минут с момента забора пробы на анализ) _____

Коды печатей: А _____ В _____

Примечания

Подпись лица, забравшего анализ

Подтверждаю, что проба является типичной, проштампована и проставлен код тем же номером, которым отмечен данный бланк. Проба проштампована в присутствии лица, проходящего тестирование.

Место и время

Подпись лица, забравшего анализ

Согласие и подпись лица, проходящего тестирование

(заполняется лицом, проходящим тестирование)

Я согласен на прохождение теста на содержание наркотиков. Мне сообщили о цели проведения и содержании теста. Я подтверждаю, что я даю свои пробы на анализ и согласен с методами забора анализа, проставлением кодов и штампов на пробирки. Я также проверил, что номера кода на пробирках соответствуют номерам кода на этом бланке. Я даю согласие на то, что полученные результаты будут доставлены конфиденциально на вышеуказанный адрес для ответа профессиональному представителю медицинской службы.

Место и время

Подпись лица, проходящего тестирование, срашифровкой