

|                                                |                   |
|------------------------------------------------|-------------------|
| Remissens datum                                | Provtagningsdatum |
| Avsändare                                      |                   |
| Kontaktperson (behandlande läkare/sjukskötare) |                   |
| Namn                                           | Telefonnummer     |

## Uppgifter om personen som ska testas

|                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Namn                                                                                                                                  | Personbeteckning                                          |                                                                                                                                  |                                                                                   |
| Personen har styrkt sin identitet med                                                                                                 |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Körkort                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Pass                             | <input type="checkbox"/> Bildförsett identitetskort                                                                              | <input type="checkbox"/> Annat sätt att styrka identiteten, vänligen specificera: |
| Medicinering under de senaste två veckorna (nämna även eventuella smärtstillande medel, bedövningsmedel m.m. som använts vid ingrepp) |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Ingen medicinering                                                                                           | <input type="checkbox"/> Medicinering (namn och dosering) | Textfältet anpassar automatiskt teckenstorleken efter utrymmet. Vid handskrift kan texten fortsättas på andra sidan av remissen. |                                                                                   |
| Provtagning                                                                                                                           |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Övervakad provtagning (obligatorisk för arbetslivet drogtest)                                                |                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                   |

## Provinformation

|          |    |                                                       |                         |
|----------|----|-------------------------------------------------------|-------------------------|
| Urinprov | pH | Temperatur (mätt in om 4 minuter efter provtagningen) | Sigillens kodnummer A/B |
|----------|----|-------------------------------------------------------|-------------------------|

## Anmärkningar

## Provtagarens underskrift

Jag intygar att provet är representativt, förseglat och kodat med samma kodnummer som finns på denna blankett. Provet har förseglats i den testades närvaro.  
Ort och datum

Provtagarens namn och underskrift

## Den testades samtycke och underskrift (ifylls av personen som ska testas)

Jag samtycker till att bli testad för droger och jag har blivit informerad om testets syfte och innehåll. Jag bekräftar att jag har gett mitt eget prov och jag godkänner provtagningsförfarandet, kodningen av provbehållarna och förseglingen. Jag har även kontrollerat att kodnumren på provbehållarna överensstämmer med kodnumren på denna blankett. Jag ger mitt samtycke till att provresultaten rapporteras konfidentiellt till hälsovårdspersonalen vid ovanstående svarsadress.

Ort och datum

Den testades namn och underskrift

## Undersökning

|                          |                                                                                                                                      |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | U -Huum 4A (9211) Amfetaminer, bensodiazepiner, cannabinoider, opiater                                                               |
| <input type="checkbox"/> | U -Huum 4B (9212) Amfetaminer, cannabinoider, kokain, opiater                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | U -Huum 5A (9274) Amfetaminer, fencyklidin, cannabinoider, kokain, opiater                                                           |
| <input type="checkbox"/> | U -Huum 5B (9213) Amfetaminer, bensodiazepiner, cannabinoider, kokain, opiater                                                       |
| <input type="checkbox"/> | U -Huum 5C (9275) Amfetaminer, buprenorfin, cannabinoider, kokain, opiater                                                           |
| <input type="checkbox"/> | U -Huum 6A (9233) Amfetaminer, bensodiazepiner, buprenorfin, cannabinoider, kokain, opiater                                          |
| <input type="checkbox"/> | U -Huum 7A (9221) Amfetaminer, barbiturater, bensodiazepiner, fencyklidin, cannabinoider, kokain, opiater                            |
| <input type="checkbox"/> | U -Huum 7B (9234) Amfetaminer, barbiturater, bensodiazepiner, buprenorfin, cannabinoider, kokain, opiater                            |
| <input type="checkbox"/> | U -Huum 7D (12185) Amfetaminer, bensodiazepiner, buprenorfin, cannabinoider, kokain, opiater, alfa-PVP                               |
| <input type="checkbox"/> | U -Huum 9A (9261) Amfetaminer, barbiturater, bensodiazepiner, dextropropoxifen, fencyklidin, cannabinoider, kokain, metadon, opiater |
| <input type="checkbox"/> | U -TPK-L (9263) Omfattande drog- och läkemedelsundersökning, urin                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | B -EtOH (1378) Etanol i helblod                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | B -HuumL-O (9333) Omfattande drog- och läkemedelsundersökning, blod                                                                  |