

Lähetteen tekopäivä	Näytteenoton pvm.	klo
Lähettävä terveydenhuollon ammattihenkilö	Eriävä vastausosoite	
Asiakasnumero		
<b>Tiedustelut (hoitava lääkäri/terveydenhoitaja)</b>		
Nimi	Puhelinnumero	

## Tiedot testattavasta

Nimi	Henkilötunnus
Henkilöllisyys varmistettu	
<input type="checkbox"/> Ajokortti <input type="checkbox"/> Passi <input type="checkbox"/> Henkilökortti <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
Opintojen aikaisen testauksen mukainen valvonta	
<input type="checkbox"/> Näytteenotto valvottu <input type="checkbox"/> Näytteenotto ei valvottu	
Lääkitys kahden viimeisen viikon ajalta	
<input type="checkbox"/> Ei lääkitystä <input type="checkbox"/> Lääkitys (nimet ja annokset)	

## Tutkimuspyyntö/-pyynnöt

Huumausaineen vaikutuksen alaisuuden tutkiminen:
<input type="checkbox"/> 99310 B -HuuSo-O
Huumausaineriippuvuuden tutkiminen:
<input type="checkbox"/> 99310 B -HuuSo-O
<input type="checkbox"/> 99300 U -HuuSo-O

## Näytetiedot

<b>Virtsanäyte</b>	pH	Lämpötila (4 min kuluessa näytteenotosta)	A- ja B-sinettitarrojen koodi/koodit
Huomioita			
<b>Näytteenottajan allekirjoitus</b>			
Vakuutan, että näyte on edustava, sinetöity ja koodattu samoilla koodinumeroilla, jotka on merkitty tähän lomakkeeseen. Näyte on sinetöity testattavan läsnäollessa.			
Paikka ja aika	Näytteenottajan allekirjoitus		

## Testattavan suostumus ja allekirjoitus (testattava täyttää)

Suostun siihen, että minulle tehdään huumausainetesti. Minua on informoitu testin tarkoituksesta ja sisällöstä. Vakuutan antaneeni oman näytteeni ja hyväksyn näytteenottomenettelyn, näyteastioiden koodauksen ja sinetöinnin. Olen myös tarkistanut, että koodinumerot näyteastioissa 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