

| | | |
|---|----------------------|-----|
| Lähetteen tekopäivä | Näytteenoton pvm. | klo |
| Läheittävä terveydenhuollon ammattihenkilö | Eriävä vastausosoite | |
| Asiakasnumero | | |
| Tiedustelut (hoitava lääkäri/terveydenhoitaja) | | |
| 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

| | | | |
|--|-------------------------------|---|--------------------------------------|
| Virtsanäyte | pH | Lämpötila (4 min kuluessa näytteenotosta) | A- ja B-sinettitarrojen koodi/koodit |
| Huomioita | | | |
| Näytteenottajan allekirjoitus | | | |
| 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 huumausainetestin. 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 nimenselvitys |