

**Remitterande läkare eller hälsovårdare**

Hälsovårdspersonal: \_\_\_\_\_

Svarsadress: \_\_\_\_\_

Faktureringsadress: \_\_\_\_\_



**Anledningen till provtagning**

Nyanställning  
Slumpmässig rutinkontroll  
Olycksfall  
Mistanke om missbruk  
Annan orsak: \_\_\_\_\_

**Undersöktes personuppgifter**

Namn: \_\_\_\_\_ Personbeteckning: \_\_\_\_\_

Intag av mediciner under de två senaste veckorna: Inga läkemedel    Recepten kontrollerade

ID-kontroll utförd:    Körkort    Annan ID-handling \_\_\_\_\_

**Den undersöktes samtycke**

**Jag ger mitt samtycke till att drogtesta mitt urinprov. Jag har fått information om drogsällningens betydelse och innehåll.**

**Jag är också medveten om min rätt att bestrida testresultatet. Jag ger även mitt samtycke till att analysresultaten skickas till hälsovårdspersonalen på den ovannämnda adressen.**

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Den undersöktes underskrift: \_\_\_\_\_

**Provtagning**

**Tidpunkt:** \_\_\_\_\_ Klo \_\_\_\_\_

Temperatur °C (godkänd 32–38 °C) \_\_\_\_\_

pH (godkänd 4–10) \_\_\_\_\_

Sigillnummer \_\_\_\_\_

**Plats:** \_\_\_\_\_

Skärskilda anmärkningar (t.ex. intagen vattenmängd):  
\_\_\_\_\_

**Provet är fördelat på två rör, slutna och förseglade med sigill i min närvaro. Identifieringsuppgifterna på rören överensstämmer med remissens uppgifter.**

Provtagarens underskrift: \_\_\_\_\_ Den undersöktes underskrift: \_\_\_\_\_

Förtydligande: \_\_\_\_\_ Förtydligande: \_\_\_\_\_

**Beställda analyser**

U-DS4 (amfetamin, bentsodiatzepiner, cannabis, opiater)

U-DS4B (amfetamin, bentsodiatzepiner, cannabis, opiater, buprenorfin)

U-DS5 (amfetamin, bentsodiatzepiner, cannabis, opiater, kokain)

U-DS6 (amfetamin, bentsodiatzepiner, cannabis, opiater, buprenorfin, kokain)

Annan analys, vilke:

Provet skickat per post / med bud

Datum: \_\_\_\_\_

Initialer: \_\_\_\_\_

Provet anlant till Vita:

Datum: \_\_\_\_\_

Initialer: \_\_\_\_\_