

Testattava

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Viivakoodi

Henkilöllisyyden varmistaminen: Ajokortti Muu kuvallinen henkilötodistus: _____

Käytetty lääkitys koko hiusnäytettä edustavalta ajalta (1kk/ 1cm hiusta): Ei mitään lääkitystä

Lähettäjä

Lääkäri/terveydenhoitaja _____

Vastausosoite: _____

Laskutusosoite: _____

Tutkimuspyyntö

Ha-HuumLth-O (Terveydenhoidollinen testaus, hiusnäyte arvonlisäveroton tutkimus) sis. amfetamiini ja sen johdannaiset, bentsodiatsepiinit, kannabis, opiaatit, buprenorfiini, kokaiini

Näytteenotto

Ajankohta _____ Klo _____ Paikka _____

Näytteenottokohta Hiusnäyte (posterior vertex) Hiusten pituus (cm) _____

Muu, mikä _____ Hiusten väri Punainen Vaalea Vaaleanruskea

Näyte on otettu < 0,1cm hiuspohjasta Kyllä Ei Tummanruskea Musta Harmaa

B-näyte otettu Kyllä Ei Onko hiuksia käsitelty (esim. värjäys) Ei

Sinettinumero _____ Kyllä, miten _____

Testattavan suostumus: **Suostun siihen, että hiusnäytteeni tehdään huumausaineseulontaa. Olen saanut informaation huumausaineseulonnan tarkoituksesta ja sisällöstä sekä tiedän oikeudestani riitauttaa testitulokset toimitetaan edellä mainittuun vastausosoitteeseen terveydenhuollon ammattihenkilölle.**

Hiusnäyte/hiusnäytteet on laitettu läsnä ollessani pussiin, joka on suljettu ja sinetöity. Lähetteen ja näytteen tunnistetiedot ovat samat.

Paikka: _____ Pvm: _____

Näytteenottajan allekirj.: _____

Nimenselvennys: _____

Allekirjoitus: _____

Testattavan allekirj.: _____

Nimenselvennys: _____

Näyte lähetetty postitse / lähetin mukana:

Päivämäärä: _____ Nimikirjaimet: _____

Näyte saapunut Vitaan:

Päivämäärä: _____ Nimikirjaimet: _____