

Tilaaaja täyttää	Lähetteen tekopäivä	Näytteenottopäivämäärä
	Lähettiläjä	Eriävä vastausosoite
	Asiakasnumero	
<b>Tiedustelut (hoitava lääkäri/työterveyshoitaja) Nimi ja puhelinnumero</b>		

### Tutkimuspyyntö

Paperilähete on oltava kolmena kappaleena. Paperilähetteen lisäksi on tehtävä sähköinen pyyntö.

- U -Huume-4 (55024) = **U -ALVHu4A** (10433, amfetamiinit, bentsodiatsepiinit, kannabis, opiaatit)
- U -Huume-7 (55025) = **U -ALVHu7B** (10441, amfetamiinit, barbituraatit, bentsodiatsepiinit, buprenorfiini, kannabis, kokaiini, opiaatit)
- U -ALTPK-L (10445) = **Työpaikan laaja huume- ja lääkeainetutkimus** (seulonta ja varmistus)

### Tiedot testattavasta

Tilaaaja täyttää	Nimi	Henkilötunnus
	Lääkitys kahden viimeisen viikon ajalta	
	<input type="checkbox"/> ei lääkitystä <input type="checkbox"/> lääkitys ja luontaistuotteet (nimet ja annokset)	
<b>Testattavan suostumus huumeainetestiin</b> (testattavan allekirjoitus)		
Suostun, että minulle tehdään huumeainetestin. Minua on informoitu testin tarkoituksesta ja sisällöstä.		

### Näytteenotto

Näytteenoton valvoja täyttää	Henkilöllisyys varmistettu (voimassa oleva)	
	<input type="checkbox"/> ajokortti <input type="checkbox"/> passi <input type="checkbox"/> henkilökortti	
	Työelämän mukainen valvonta	
	<input type="checkbox"/> näytteenotto valvottu	
	Virtsanäytteen lämpötila (4 min kuluessa näytteenotosta)	Sinettitarrojen koodit A/B
<input type="checkbox"/> 32–38 °C <input type="checkbox"/> muu, _____ °C		
Muita huomioita:		
<b>Näytteenoton valvojan allekirjoitus</b>		
Vakuutan, että näyte on edustava, sinetöity ja koodattu samoilla koodinumeroilla, jotka on merkitty tähän läheteeseen. Näyte on sinetöity testattavan läsnä ollessa.		
Näytteenottoaika ja päivämäärä	Näytteenoton valvojan allekirjoitus, nimen selvennys ja virkanimike	
<b>Testattavan suostumus ja allekirjoitus</b> (testattava täyttää)		
Vakuutan antaneeni oman näytteeni ja hyväksyn näytteenottomenettelyn, putkien koodauksen ja sinetöinnin. Olen myös tarkistanut, että koodinumerot putkissa ovat yhtäpitävät tässä lomakkeessa olevien koodinumeroiden kanssa. Annan suostumukseni siihen, että saadut tulokset toimitetaan luottamuksellisesti yllä mainittuun vastausosoitteeseen terveydenhuollon ammattihenkilölle.		
Paikka ja päivämäärä	Testattavan allekirjoitus ja nimen selvennys	