

RQ-0558 TRIAGEM TOXICOLÓGICO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES

***Todos os dados são imprescindíveis**

Preenchimento pelo laboratório

Unidade de coleta: _____ Cidade: _____

Responsável pela coleta: _____

RG: _____ Cargo: _____

Preenchimento pelo paciente

Nome completo: _____

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino RG: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

Endereço: _____

Exames solicitados (Material: urina recente)

Triagem de Canabinóides Triagem de Cocaína Triagem de Opiolóides Triagem de Anfetaminas

Motivo da realização do teste

Concurso Exame Admissional Solicitação Judicial Avaliação Clínica do uso de drogas de abuso

Outros: _____

Solicitante do exame

Nome: _____

RG: _____ Telefone: () _____

Termo de responsabilidade (Preenchimento pelo paciente)

Autorizo de livre e espontânea vontade a realização do exame de detecção de drogas de abuso, através de uma amostra de urina minha, coletada sob supervisão direta do responsável pela coleta. Insento todos os profissionais de laboratório, médicos e empresas envolvidos na realização deste exame de todas e quaisquer responsabilidades das informações contidas no meu teste. Atesto que a identificação do frasco de amostras é idêntica ao número do formulário acima descrito, assim como os meus dados descritos no frasco. Atesto que a amostra está devidamente lacrada.

Nome: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura do paciente: _____

Termo de responsabilidade (Preenchimento pelo responsável da coleta)

Certifico que a amostra identificada por este formulário foi coletada sob a minha supervisão direta e pertence ao paciente acima mencionado. Atesto que a amostra está identificada com o número do formulário e devidamente lacrada.

Nome: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura do responsável: _____

Termo de responsabilidade (Preenchimento pelo Laboratório de apoio)

Eu, _____, responsável pelo laboratório, _____, portador do RG nº _____, me responsabilizo pelas informações prestadas acima.

Termo de responsabilidade (Preenchimento pelo responsável - no caso do paciente ser menor de 18 anos)

Nome: _____

RG: _____ Assinatura do responsável: _____

Para uso do DB - Diagnósticos do Brasil

Amostra com o lacre intacto: Sim Não

Responsável pelo recebimento no DB: _____