

**Žádost o lékařské a toxikologické vyšetření osoby při podezření z ovlivnění návykovou látkou (NL)**

|                                                                                                                                                                               |                                                                                                      |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Nemocnice Pardubického kraje<br>a.s. <a href="#">Pardubická nemocnice</a><br>Kyjevská 44<br>532 03 Pardubice<br>Toxikologická laboratoř SOU a OKBD<br>Tel: <b>466 015 610</b> | Žadatel a adresa:<br><br>Telefon:<br>Jméno a podpis <a href="#">žadatele nebo</a> zodpovědné osoby : | Datum: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

**A) VYPLNÍ ŽADATEL**

|                  |               |                 |
|------------------|---------------|-----------------|
| Jméno a příjmení | Rodné číslo   | St. Příslušnost |
| Bydliště         | Zaměstnavatel | Povolání        |
| Důvod vyšetření  |               |                 |

**B) VYPLNÍ LÉKAŘ PROVÁDĚJÍCÍ VYŠETŘENÍ**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |                                         |                                        |                                  |  |                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|--|----------------------|--|
| Lékařské vyšetření započato dne _____ v čase _____<br><br><b>NEPOŽADOVÁNO</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                         |                                         |                                        |                                  |  |                      |  |
| <b>Odběr krve</b> (2x10 ml):<br><b>proveden</b> dne _____ hod. _____ min.<br>k dezinfekci kůže byl použit:<br><b>odběru krve přítomen:</b>                                                                                                                                                                                 | <b>Odběr moče</b> (50 ml):<br><b>proveden</b> dne _____ hod. _____ min.<br><b>odběru moče přítomen:</b> |                                         |                                        |                                  |  |                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |                                         |                                        |                                  |  |                      |  |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b>Datum a doba ukončení vyšetření:</b></td> <td style="width: 40%;"><b>Razítko zdravotnického zařízení</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Jmenovka a podpis lékaře:</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Tel. kontakt:</b></td> </tr> </table> |                                                                                                         | <b>Datum a doba ukončení vyšetření:</b> | <b>Razítko zdravotnického zařízení</b> | <b>Jmenovka a podpis lékaře:</b> |  | <b>Tel. kontakt:</b> |  |
| <b>Datum a doba ukončení vyšetření:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Razítko zdravotnického zařízení</b>                                                                  |                                         |                                        |                                  |  |                      |  |
| <b>Jmenovka a podpis lékaře:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                         |                                         |                                        |                                  |  |                      |  |
| <b>Tel. kontakt:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                         |                                         |                                        |                                  |  |                      |  |

**Žádost o lékařské a toxikologické vyšetření osoby při podezření z ovlivnění návykovou látkou (NL)**

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| Jméno, příjmení | Datum narození / r.č. |
|                 |                       |

**C) VYPLNÍ ŽADATEL**

(Požadovaná toxikologická vyšetření)

**C1 Alkohol a ostatní těkavé látky \***

|                                              |                                              |                                              |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ethylalkohol v krvi | <input type="checkbox"/> Ethylalkohol v moči | <input type="checkbox"/> Těkavé látky v krvi |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|

\* Potřebný biologický materiál: krev, moč

**C2 Orientační skupinový záchyt návykových látek \*, \*\*, \*\*\***

|                                                                                   |                                                                                    |                                                                             |                                        |                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Amfetaminy</b><br><small>Pervitin, Extáze aj.</small> | <input type="checkbox"/> <b>Kanabinoidy</b><br><small>marihuana, hašiš aj.</small> | <input type="checkbox"/> <b>Opiáty</b><br><small>heroin, morfin aj.</small> | <input type="checkbox"/> <b>Kokain</b> | <input type="checkbox"/> <b>Benzodiazepiny</b><br><small>Diazepam, Lexaurin, Neurolept aj.</small> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

\* Potřebný biologický materiál: moč

\*\* Výsledky imunochemického záchytu mají význam pouze orientační a pozitivní nález by měl být potvrzen specifickou metodou!

\*\*\* Jiná vyšetření jsou prováděna **PO DOHODĚ S TOXIKOLOGICKOU LABORATOŘÍ!****C3 Jiné noxy, Poznámky a upřesňující údaje žadatele**

|  |
|--|
|  |
|--|

**D) VYPLNÍ SOUDNĚ TOXIKOLOGICKÁ LABORATOŘ**

|                                  |                                 |           |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------|
| Datum doručení vzorků:           | Vzorky převzal (jméno, podpis): | Poznámky: |
| Převzaté vzorky, druh, množství: |                                 |           |

**Výsledky toxikologického vyšetření:**

|       |                    |                                                             |
|-------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
|       |                    |                                                             |
| Datum | Razítko pracoviště | Osoba zodpovědná za toxikologické vyšetření (jméno, podpis) |