



LACRE DE SEGURANÇA Nº _____

FORMULÁRIO PARA TRIAGEM TOXICOLÓGICA

1- Exames solicitados:

- Cannabis (maconha) Cocaína Anfetaminas Opióides
- Outro(s) (especificar): _____

2- Nome do paciente: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Identidade: _____ Telefone: (____) _____

Endereço: _____

Eu, abaixo assinado, consenti de livre e espontânea vontade que uma amostra de minha urina fosse colhida e testada para a presença de drogas de abuso, sob supervisão direta do responsável pela coleta. Eu isento todos os médicos, profissionais de laboratório, hospitais, clínicas, laboratórios e empresas envolvidos na realização deste teste e de todas e quaisquer responsabilidades advindas das informações contidas no resultado do meu teste. Eu certifico que o número do lacre de segurança deste formulário é o mesmo presente no frasco que contém minha amostra, e que esta foi selada em minha presença.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

3- Nome do responsável pela coleta: _____

Identidade: _____ Laboratório: _____

Eu, abaixo assinado, certifico que a amostra identificada neste formulário foi obtida sob minha supervisão direta de coleta, pertencendo ao paciente que assina este formulário. Atesto que esta amostra apresenta o mesmo número de identificação (lacre de segurança) deste formulário, e que foi rotulada e selada na presença do paciente.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

4- Motivo da realização do teste:

- Concurso Ocupacional Avaliação clínica do uso de drogas de abuso
- Solicitação judicial Outro: _____

5- ATENÇÃO: Para menores de 18 anos é necessário a assinatura do responsável (pais ou tutor legal):

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____ Identidade nº: _____

6- Preenchimento pelo responsável pelo recebimento da amostra (uso exclusivo CSV):

Lacre intacto? Sim Não Volume aceitável para análise (mín. 20mL)? Sim Não

Funcionário responsável pela inspeção: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____