



### Rekvirent

Navn: .....

Adr: .....

.....

HPR-nr: .....

Kopi av svar sendes til: .....

.....

.....

.....

.....

.....

### Pasient

Navn: .....

Fødselsnr. (11 siffer): .....

Prøvetakingsdato: ..... kl. ....

Er klienten innlagt sykehus/sykehjem/institusjon

Ja  Nei

Kliniske opplysninger/medikasjon siste 30 dager:

.....

.....

.....

### Rusmiddelscreening i urin:

Dersom pasienten er med i LAR:

Kryss av i en av rutene:

Metadon rehab.  Subutex rehab.

Amfetamin/Ecstasy

Benzodiazepiner

Oksykodon

Opiater

Cannabis (THC)

Kokain

Buprenorfin

Metadon

EDDP (metadon metabolitt)

Alkohol

EtG (etylglukuronid)

Spesifikk analyse av benzodiazepiner med kromatografi (LCMS)

Andre analyser (De som ikke utføres her vil bli videresendt)

.....

.....

.....

.....

Ved rekvirering av spesikk analyse av benzodiazepiner og analyser som skal videresendes, vennligst send 2 prøverør.

### CDT: Serum

(Karbohydratfattig transeferrin).

Send serum eller et rødt gelglass.

Jeg bekrefter herved at prøvegivers identitet er kontrollert.

Prøvetakers underskrift:

.....

Jeg bekrefter at korrekt prøve er avgitt til prøverøret, og at informasjon på prøverøret og rekvisisjon er riktig.

Prøvegivers underskrift:

.....

NB! Send 10 ml. urin i prøvesør uten tilsetning (f.eks. monovette).  
Prøveutstyr fåes ved henvendelse til laboratoriet.

Våre analyser er ikke rettslig gyldige. Dersom positivt analysesvar medfører tap av omsorg for barn, arbeidsplass, skoleplass eller behandlingsplass, vennligst ta kontakt med laboratoriet for ytterligere informasjon.