

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

| | | |
|--|---|--------|
| | Žadatel a adresa: | Datum: |
| | Telefon: Jméno a podpis zodpovědné osoby : | Č.j.: |

A) VYPLNÍ ŽADATEL

| | | |
|---|---------------|-----------------|
| Jméno a příjmení | Rodné číslo | St. příslušnost |
| Bydliště | Zaměstnavatel | Povolání |
| Důvod vyšetření | Doba deliktu | |
| Výsledek orientačního testu na NL provedeného PČR: Druh testu – firma / biologický materiál: | | |
| Udává požití NL vč. alkoholu před deliktem | ano / ne | druh NL |
| Udává požití NL vč. alkoholu po deliktu | ano / ne | druh NL |

B) VYPLNÍ LÉKAŘ PROVÁDĚJÍCÍ VYŠETŘENÍ

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|------------|------|
| Lékařské vyšetření započato dne | | v čase | | | | | |
| Anamnéza: Užívá léky, jaké, od kdy, dávkování, poslední dávka: Substituční program / metadon, Subutex apod/: Od kdy užívá alkohol nebo jiné drogy, jaké, kdy naposled: Nemoc ano / ne, jaká: | | | | | | | |
| těl. hmotnost | výška | teplota | tlak | pocení | křeče | pach dechu | |
| Vědomí: | jasné | otupělé | somnolence | bezvědomí | dezorientace | halucinace | |
| Chování: | zdvořilé | dysforické | exaltované | neklidné | agresivní | | |
| Nálada: | normální | depresivní | euforická | labilní | nepřiměřená situaci | | |
| Řeč: | normální | nesouvislá | špatná artikulace | mnohomluvnost | | | |
| Zornice: | střední | široké | úzké | Z. po osvětlení: | střední | široké | úzké |
| Spojivky: | normální | edematózní | | zarudlé | bledé | | |
| Nystagmus horizontální: Ano Ne | Chůze: Jistá Kolisavá Padá Nemožná | Chůze po čáře: Rovně Nejistě | Pokus prst – nos: Správně Nepřesně | Romberg III – třes, kolísání: Víšek Prstů Rukou | | | |
| Nález poranění, vpichů, čerstvé, starší, jizvy: | | | | | | | |
| Abstinenční příznaky: ano / ne | | | | | | | |
| Odběr krve (2x10 ml): proveden dne | | | hod. | min. | Odběr moče (50 ml): proveden dne | | |
| k dezinfekci kůže byl použit: | | | | | hod. | min. | |
| odběru krve přítomen: | | | odběru moče přítomen: | | | | |
| Jiný odběr (například vlasy, sliny): | | | | | | | |
| Vyjádření lékaře : osoba jeví / nejeví známky užití návykové látky | | | | | | | |
| Datum a doba ukončení vyšetření: | | | | | Razítko zdravotnického zařízení | | |
| Jmenovka a podpis lékaře: | | | | | | | |
| Tel. kontakt: | | | | | | | |

Protokol o lékařském a toxikologickém 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"/> Amfetaminy <small>Pervitin, Extáze aj.</small> | <input type="checkbox"/> Kanabinoidy <small>marihuana, hašíš aj.</small> | <input type="checkbox"/> Opiáty <small>heroin, morfin aj.</small> | <input type="checkbox"/> Kokain | <input type="checkbox"/> Benzodiazepiny <small>Diazepam, Lexaurin, Neurot 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 Poznámky a upřesňující údaje žadatele**

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

D) VYPLNÍ VYŠETŘUJÍCÍ POSKYTOVATEL – 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) |