

**1. Dados do paciente:**

Nome :	Sexo:	Idade:
Fone:	N° Identidade	UF:
Endereço:	Cidade:	Estado:

**2. Dados do Solicitante:**

Instituição :	Nome Solicitante:	
Fone:	N° Identidade:	UF:

**3. Medicamentos utilizados:**


**4. Motivo para a realização do teste:**

<input type="checkbox"/> Concurso <input type="checkbox"/> Exame admissional <input type="checkbox"/> Exame periódico <input type="checkbox"/> Solicitação Judicial
<input type="checkbox"/> Outros:

**5. Dados da amostra:**

N° Controle Interno da Amostra :
----------------------------------

**6. Termo a ser preenchido pelo responsável pela coleta:**

Responsável pela coleta:	Cargo:
--------------------------	--------

Eu, abaixo assinado, certifico que a amostra identificada por este formulário foi obtida sob minha supervisão direta da coleta, pertencendo ao paciente que assina o presente formulário. Atesto que esta amostra apresenta o mesmo número de identificação deste formulário, e que foi rotulado e selado na presença do paciente.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**7. Termo a ser preenchido pelo paciente:**

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 (Anfetaminas, barbiturados, opióides, tetrahydrocannabinol, Benzodiazepínicos e Cocaina), 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 de todas e quaisquer responsabilidades advindas das informações contidas no resultado do meu teste. Eu certifico que a amostra rotulada com o número de identificação deste formulário é idêntica à contida no frasco que foi selado em minha presença. Estou ciente que este teste é um exame de triagem, e caso apresente resultado positivo é necessário que seja solicitado a comprovação da positividade, pelo solicitante, através de outra metodologia.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**8. Termo a ser preenchido pelo responsável pelo paciente :**

Nome do Responsável:	N° Identidade:
----------------------	----------------

Obs: Para menores de 18 anos assinatura dos responsáveis legais ( pais ou tutores):

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_