

REQ02602 - Controle Custódia de Amostra Urina - Teste de Triagem de Drogas de Abuso e Substâncias Psicoativas | Versão: 5.0 | Data da aprovação: 06/03/2019 | Data de implementação: 12/03/2019 | Aprovado por: CRISTINA KHAWALI | PRÉ-ANALÍTICO - SP | Período de Revisão: 12 meses | Classificação da informação: Interna

Toxicologia NTO	Identificação da amostra:
Controle de Custódia – Teste de triagem de drogas de abuso e substâncias psicoativas – Urina	

Dados do paciente:			
Nome:			
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade:	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG:

Razões para a Execução do Teste:			
<input type="checkbox"/> Admissional	<input type="checkbox"/> Aleatório	<input type="checkbox"/> Retorno a serviço Periódico	<input type="checkbox"/> Pós-tratamento
<input type="checkbox"/> Acompanhamento	<input type="checkbox"/> Suspeita justificada		

Amostra (urina isolada recente):
<input type="checkbox"/> assistida por:
<input type="checkbox"/> não assistida (sem valor legal – o laudo será emitido com quebra de cadeia de Custódia):
Medicamentos nos últimos 30 dias:

Declaração do Paciente:	
Eu, abaixo assinado, consenti que uma amostra de minha urina seja colhida e testada para detectar a presença de drogas de abuso e/ou substâncias psicoativas. Eu isento todos os médicos e paramédicos, laboratórios, hospitais, clínicas, empresas, agentes e representantes envolvidos no teste de toda e qualquer responsabilidade advinda das informações contidas no resultado do meu teste. Declaro que a amostra rotulada com o número de recipiente idêntico ao do formulário foi rotulada e selada na minha presença. Quando aplicável, autorizo, ainda, a entrega dos resultados dos referidos exames diretamente aos cuidados do Departamento de Medicina do trabalho da empresa: _____	
Assinatura:	Data e hora:

Preencher somente para menores de 18 anos:	
Nome do responsável:	
RG:	Assinatura:

Declaração do Responsável pela Coleta (preenchimento exclusivo do laboratório):	
Nome:	RG:
Eu, abaixo assinado, declaro que conferi a amostra a mim apresentada pelo paciente que assina esse formulário e apresenta o mesmo número de recipiente. Ela foi rotulada e lacrada na presença do paciente. E declaro também que conferi o RG dos envolvidos.	
Assinatura:	Data e hora: