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-ANALITICO - SP | Período de Revisão: 12 meses | Classificação da informação: Interna

Questionário Toxicologia NTO

Identificação da Amostra: _____

Controle de Custódia – Teste de triagem de drogas de abuso e substâncias psicoativas – Urina

Dados do Paciente:

Nome: _____

Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Idade:_____ ( )CPF ( )RG:_____

Razões para a Execução do Teste:

( ) Admissional ( ) Aleatório ( ) Retorno a Serviço ( ) Pós-tratamento

( ) Acompanhamento ( ) Suspeita Justificada ( ) Periódico

Amostra (Urina Isolada Recente):

( ) Assistida por:_____

( ) 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:_____ Dara e hora:_____

Laboratório Dr. Maricondi ISO 9001 CERTIFICADO
Sistema Nacional de Acreditação DICQ
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade
Control Lab

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-ANALITICO - SP | Período de Revisão: 12 meses | Classificação da informação: Interna

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.

Laboratório Dr. Maricondi ISO 9001 CERTIFICADO
Sistema Nacional de Acreditação DICQ
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade
Control Lab