**ŽÁDOST O PROVEDENÍ TOXIKOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ**

Ústav soudního lékařství 2. LF UK

 tel.: 266 08 3431

 e-mail: toxikologicka.laborator@bulovka.cz

1. **VYPLNÍ ŽADATEL**

**Žadatel:** **Posuzovaná osoba:**

 Jméno a příjmení:

 Datu narození:

 Adresa bydliště:

 Osobní číslo:

 Pracovní zařazení:

 Datum:

 ………………………………………………. ……………………………………………….

jméno a podpis oprávněné osoby zaměstnavatele podpis posuzované osoby

**Požadované vyšetření:** Alkohol „C“ Omamné a psychotropní látky, léčiva „D“

**C** – Orientační vyšetření alkotestem na průkaz alkoholu v dechu. Specifické laboratorní vyšetření alkoholu v krvi/moči metodou plynové chromatografie. Úschova vzorků po dobu 4 měsíců pro účely případného dalšího znaleckého zkoumání nebo jejich následné řádné likvidace v podmínkách dodavatele.

**D** – Toxikologický orientační screening moče testem na 10 parametrů (5 základních skupin) bez uložení vzorku probíhá pouze ambulanci lékaře. V případě pozitivního testu, nebo na zvláštní přání objednavatele, bude proveden odběr vzorku krve pro toxikologickou analýzu specifickou metodou LC-MS/MS (přesná identifikace neznámé omamné a psychotropní látky, či léčiva v krvi/moči a jejich následná kvantifikace v krvi). Úschova vzorků po dobu 4 měsíců pro účely případného dalšího znaleckého zkoumání nebo jejich následné řádné likvidace v podmínkách dodavatele.

1. **VYPLNÍ LÉKAŘ**

Lékařské vyšetření započato dne …………………………………… v čase……………………..…...……………………..………..……..…

Užívá léky, jaké od kdy, dávkování, poslední dávka…………………………………...….…………………………………………..………

Nemoc: ANO/NE jaká………………………………..………………………………………………………………………………...…….

Chování a nálada:…..………………………………….…………..…………………………………………………………………………………………..

Výbava představ: ..………………………………………………………………………………………………….……………………….…….…..….…...

Řeč:…………………………………………………………………… Vědomí:…………………………………………………………………………………

Spojivky/zornice (+ po osvětlení):………………………………………………………………..…………………………………….….………..…

Chůze:………………………………………………………………………………………………………………..………………………………….……………

Postrotační nystagmus Rhomberg Předklon - záklon

Výsledek orientačního vyšetření (alkotest/imuno test)……..………………………………………………………………..……………..

Vyšetřovaný jeví poruchy psychosenzomotorických funkcí……………………………………………………………………..……..…

Odběr krve proveden (den, čas)…………........................... Odběr moče proveden (den, čas)….........................................

U odběru krve/moče přítomni:………………....……………………………………………………………………………………………...………..

Vzorky pro toxikologické vyšetření předal (jméno a podpis):……………………..…………………………………….………..…….

 razítko oddělení, jmenovka podpis lékaře