

DROGAS ANALISADAS NO EXAME TOXICOLÓGICO DE LARGA JANELA DE DETECÇÃO (JANELA DE DETECÇÃO MÍNIMA 90 DIAS)

ANFETAMINAS					FENCICLIDINA	MAZINDOL	CANABINÓIDES		COCAÍNA			OPIÁCEOS					
Anfetamina	Metanfetamina	MDA	MDMA	Anfepramona	Femproporex	MDEA	Fenciclidina	Mazindol	THC	Carboxi-THC	Cocaína	Benzoilegonina	Cocaetileno	Norcocaína	Morfina	Codeína	Heroína (6-Acetil morfina)

Posto de coleta:

Código DB:

ETAPA 01 - DADOS DO DOADOR

Nome:

RG: CPF: Data Nasc: / /

Cidade: UF: Sexo: F M

Data: _____ de _____ de 20____. Hora da Coleta: _____ h _____

Eu certifico que forneci minha amostra ao coletor; que não adulterei a amostra de nenhuma maneira; que a amostra utilizada foi selada com um lacre de segurança em minha presença; e que a informação neste formulário e na etiqueta do envelope da amostra está correta. Dessa forma, eu autorizo o laboratório DB Toxicológico a realizar a análise toxicológica de larga janela de detecção nessa amostra.

Eu autorizo, previamente a coleta, a inserção do resultado do meu exame toxicológico no sistema Renach

Eu não autorizo, previamente a coleta, a inserção do resultado do meu exame toxicológico no sistema Renach

Assinatura do Doador: _____ (Conforme documento de identificação)

Se o doador for menor de idade, informe os dados do responsável legal:

Nome:

CPF: **Assinatura do Responsável:** _____ (Conforme documento de identificação)



Digital obrigatória
Apenas na 1ª via
(Branca)

DADOS DO DOADOR

ETAPA 02 - FINALIDADE DO TESTE

- Renovação CNH Outros motivos:
- Mudança de categoria Nº CNH:
- Primeira habilitação
- CLT: admissional/ demissional

FINALIDADE DO TESTE

ETAPA 03 - TIPO DE AMOSTRA

Se a amostra A for cabelo, obrigatoriamente a amostra B precisa ser cabelo.
Se a amostra A for pelo, a amostra B precisa ser pelo.

Tipo de coleta: Normal Pelos recém cortados

Toma ou já tomou algum medicamento prescrito ou não-prescrito nos últimos 6 meses?

Não Sim, especifique:

Tratamento estético/ cosmético (alisamento, descoloração, pintura): Sim Não

Faz uso de substâncias ilícitas?

Não Sim, especifique o período e frequência de uso: _____

Amostra A:

- Cabelo
 Pelo _____
(Qual região do corpo)

Amostra B:

- Cabelo
 Pelo _____
(Qual região do corpo)

Cor do cabelo:

- Preto
 Castanho
 Loiro
 Ruivo

TIPO DE AMOSTRA

ETAPA 04 - COLETOR

Eu certifico que a amostra do paciente identificado na ETAPA 01 deste formulário foi coletada, etiquetada e lacrada de acordo com os requisitos necessários.

Nome do Coletor:

CPF:

Assinatura do coletor: _____



Digital obrigatória
Apenas na 1ª via
(Branca)

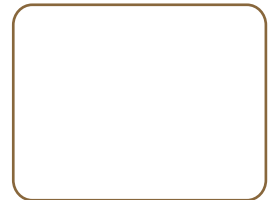
COLETOR

ETAPA 05 - TESTEMUNHA (Não pode ser a mesma pessoa que realiza a coleta)

Nome da testemunha:

CPF:

Assinatura da testemunha: _____



Digital obrigatória
Apenas na 1ª via
(Branca)

TESTEMUNHA

ETAPA 06 - RECEBIMENTO E ANÁLISE CRÍTICA DA AMOSTRA (USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO)

Integridade do kit: Conforme Não conforme **Componentes do kit:** Conforme Não conforme

Formulário de cadeia de custódia: Conforme Não conforme **Quantidade de material para análise:** Conforme Não conforme

Observações/ anormalidades:

Responsável: _____

RECEBIMENTO DA AMOSTRA

DROGAS ANALISADAS NO EXAME TOXICOLÓGICO DE LARGA JANELA DE DETECÇÃO (JANELA DE DETECÇÃO MÍNIMA 90 DIAS)

Table with columns for drug categories: ANFETAMINAS, FENCICLIDINA, MAZINDOL, CANABINÓIDES, COCAÍNA, OPIÁCEOS. Sub-columns include specific drug names like Anfetamina, Metanfetamina, MDA, MDMA, Anfetramona, Femproporex, MDEA, Fenciclidina, Mazindol, THC, Carboxi-THC, Cocaína, Benzollecgonina, Cocaetileno, Norcocaina, Morfina, Cordeina, and Heroína (6-Acetil morfina).

Posto de coleta: [grid of boxes for postal code]

Código DB: [grid of boxes for DB code]

ETAPA 01 - DADOS DO DOADOR

Nome: [grid of boxes for name]

RG: [grid of boxes for RG] CPF: [grid of boxes for CPF] Data Nasc: [grid of boxes for birth date]

Cidade: [grid of boxes for city] UF: [grid of boxes for state] Sexo: [grid of boxes for sex]

Data: [grid of boxes for date] de [grid of boxes for month] de 20[grid of boxes for year]. Hora da Coleta: [grid of boxes for hour] h

Eu certifico que forneci minha amostra ao coletor; que não adulterei a amostra de nenhuma maneira; que a amostra utilizada foi selada com um lacre de segurança em minha presença; e que a informação neste formulário e na etiqueta do envelope da amostra está correta. Dessa forma, eu autorizo o laboratório DB Toxicológico a realizar a análise toxicológica de larga janela de detecção nessa amostra.

Eu autorizo, previamente a coleta, a inserção do resultado do meu exame toxicológico no sistema Renach

Eu não autorizo, previamente a coleta, a inserção do resultado do meu exame toxicológico no sistema Renach

Assinatura do Doador: _____ (Conforme documento de identificação)

Se o doador for menor de idade, informe os dados do responsável legal:

Nome: [grid of boxes for name]

CPF: [grid of boxes for CPF] Assinatura do Responsável: _____ (Conforme documento de identificação)

DADOS DO DOADOR

ETAPA 02 - FINALIDADE DO TESTE

Renovação CNH Outros motivos: [grid of boxes for other reasons]

Mudança de categoria Nº CNH: [grid of boxes for CNH number]

Primeira habilitação

CLT: admissional/ demissional

FINALIDADE DO TESTE

ETAPA 03 - TIPO DE AMOSTRA

Se a amostra A for cabelo, obrigatoriamente a amostra B precisa ser cabelo. Se a amostra A for pelo, a amostra B precisa ser pelo.

Tipo de coleta: Normal Pelos recém cortados

Toma ou já tomou algum medicamento prescrito ou não-prescrito nos últimos 6 meses?

Não Sim, especifique: [grid of boxes for medication details]

Tratamento estético/ cosmético (alisamento,descoloração, pintura): Sim Não

Faz uso de substâncias ilícitas?

Não Sim, especifique o período e frequência de uso: _____

Amostra A:

Cabelo

Pelo _____ (Qual região do corpo)

Amostra B:

Cabelo

Pelo _____ (Qual região do corpo)

Cor do cabelo:

Preto

Castanho

Loiro

Ruivo

TIPO DE AMOSTRA

ETAPA 04 - COLETOR

Eu certifico que a amostra do paciente identificado na ETAPA 01 deste formulário foi coletada, etiquetada e lacrada de acordo com os requisitos necessários.

Nome do Coletor: [grid of boxes for collector name]

[grid of boxes for collector address] CPF: [grid of boxes for collector CPF]

Assinatura do coletor: _____

COLETOR

ETAPA 05 - TESTEMUNHA (Não pode ser a mesma pessoa que realiza a coleta)

Nome da testemunha: [grid of boxes for witness name]

[grid of boxes for witness address] CPF: [grid of boxes for witness CPF]

Assinatura da testemunha: _____

TESTEMUNHA

ETAPA 06 - RECEBIMENTO E ANÁLISE CRÍTICA DA AMOSTRA (USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO)

Integridade do kit: Conforme Não conforme Componentes do kit: Conforme Não conforme

Formulário de cadeia de custódia: Conforme Não conforme Quantidade de material para análise: Conforme Não conforme

Observações/ anormalidades: [grid of boxes for observations]

Responsável: _____

1º VIA - DB (BRANCA)
2º VIA - POSTO DE COLETA (VERDE)
3º VIA - PACIENTE (AMARELA)

RECEBIMENTO DA AMOSTRA

DROGAS ANALISADAS NO EXAME TOXICOLÓGICO DE LARGA JANELA DE DETECÇÃO (JANELA DE DETECÇÃO MÍNIMA 90 DIAS)

ANFETAMINAS			FENCICLIDINA	MAZINDOL	CANABINÓIDES		COCAÍNA			OPIÁCEOS							
Anfetamina	Metanfetamina	MDA	MDMA	Anfepramona	Femproporex	MDEA	Fenciclidina	Mazindol	THC	Carboxi-THC	Cocaína	Benzollecgonina	Cocaetileno	Norcocaína	Morfina	Cordeína	Heroína (6-Acetilmorfina)

Posto de coleta:

Código DB:

ETAPA 01 - DADOS DO DOADOR

Nome:

RG: CPF: Data Nasc: / /

Cidade: UF: Sexo: F M

Data: _____ de _____ de 20____. Hora da Coleta: _____ h _____

Eu certifico que forneci minha amostra ao coletor; que não adulterei a amostra de nenhuma maneira; que a amostra utilizada foi selada com um lacre de segurança em minha presença; e que a informação neste formulário e na etiqueta do envelope da amostra está correta. Dessa forma, eu autorizo o laboratório DB Toxicológico a realizar a análise toxicológica de larga janela de detecção nessa amostra.

Eu autorizo, previamente a coleta, a inserção do resultado do meu exame toxicológico no sistema Renach

Eu não autorizo, previamente a coleta, a inserção do resultado do meu exame toxicológico no sistema Renach

Assinatura do Doador: _____ (Conforme documento de identificação)

Se o doador for menor de idade, informe os dados do responsável legal:

Nome:

CPF: **Assinatura do Responsável:** _____ (Conforme documento de identificação)

DADOS DO DOADOR

ETAPA 02 - FINALIDADE DO TESTE

- Renovação CNH Outros motivos:
- Mudança de categoria Nº CNH:
- Primeira habilitação
- CLT: admissional/ demissional

FINALIDADE DO TESTE

ETAPA 03 - TIPO DE AMOSTRA

Se a amostra A for cabelo, obrigatoriamente a amostra B precisa ser cabelo.
Se a amostra A for pelo, a amostra B precisa ser pelo.

Tipo de coleta: Normal Pelos recém cortados

Toma ou já tomou algum medicamento prescrito ou não-prescrito nos últimos 6 meses?

Não Sim, especifique:

Tratamento estético/ cosmético (alisamento, descoloração, pintura): Sim Não

Faz uso de substâncias ilícitas?

Não Sim, especifique o período e frequência de uso: _____

Amostra A:

- Cabelo
- Pelo _____
(Qual região do corpo)

Amostra B:

- Cabelo
- Pelo _____
(Qual região do corpo)

Cor do cabelo:

- Preto
- Castanho
- Loiro
- Ruivo

TIPO DE AMOSTRA

ETAPA 04 - COLETOR

Eu certifico que a amostra do paciente identificado na ETAPA 01 deste formulário foi coletada, etiquetada e lacrada de acordo com os requisitos necessários.

Nome do Coletor:

CPF:

Assinatura do coletor: _____

COLETOR

ETAPA 05 - TESTEMUNHA (Não pode ser a mesma pessoa que realiza a coleta)

Nome da testemunha:

CPF:

Assinatura da testemunha: _____

TESTEMUNHA

ETAPA 06 - RECEBIMENTO E ANÁLISE CRÍTICA DA AMOSTRA (USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO)

Integridade do kit: Conforme Não conforme **Componentes do kit:** Conforme Não conforme

Formulário de cadeia de custódia: Conforme Não conforme **Quantidade de material para análise:** Conforme Não conforme

Observações/ anormalidades:

Responsável: _____

RECEBIMENTO DA AMOSTRA