



Žadatel, adresa:	Telefon:	Datum:	ČTS:
Příjmení, jméno a podpis zodpovědné osoby:			

A) VYPLNÍ ŽADATEL

Příjmení a jméno:	Rodné číslo:	St. příslušnost:
Bydliště:	Zaměstnavatel:	Povolání:
Důvod vyšetření:	Doba deliktu - den:	hod. min.
Výsledek orientačního testu na NL provedeného PČŘ:		
Druh testu - firma/biologický materiál:		
Udává použití NL vč. alkoholu před deliktem ano / ne druh NL:	Udává použití NL vč. alkoholu po deliktu ano / ne druh NL:	

B) VYPLNÍ LÉKAŘ PROVÁDĚJÍCÍ VYŠETŘENÍ (zjištění zakroužkujte)

ANAMNÉZA	Lékařské vyšetření započato - den:	hod.	min						
Užívá léky (jaké, od kdy, dávkování, poslední dávka):									
Substituční program (metadon, Subutex apod.):									
Od kdy užívá alkohol nebo jiné drogy (jaké, kdy naposled):									
Nemoc ne / ano - jaká:									
Těl. hmotnost:	Výška:	Těl. teplota:	TK:	Pocení:	Křeče:	Pach dechu:			
VĚDOMÍ	jasné	otupělé	somnolence	bezvědomí	desorientace	halucinace			
CHOVÁNÍ	zdvořilé	dysforické	exaltované	neklidné	agresivní				
NÁLADA	normální	depresivní	euforická	labilní	ŘEČ	normální	nesouvislá	špatná artikulace	mnohmluvnost
ZORNICE	střední	široké	úzké	SPOJKY	normální	edematózní	zarudlé	bledé	
ZORNICE po osvětlení		střední	široké	úzké	NYSTAGMUS HORIZONTÁLNÍ	ano / ne			
CHŮZE:	jistá	kolísavá	CHŮZE PO ČÁRE:	POKUS PRST - NOS:	ROMBERG III - TŘES, KOLÍSÁNÍ:				
	padá	nemožní	rovně	nejistě	správně	nesprávně	víček	prstů	rukou
Nález poranění, vpichů, čerstvé, starší jizvy:									
Abstinenční příznaky: ano / ne									
ODBĚR KRVE (2 zkumavky) proveden dne:		hod.	min.	ODBĚR MOČE (50 ml) proveden dne:		hod.	min.		
K dezinfekci kůže bylo použito:				Odběru moče přítomen:					
Odběru krve přítomen:									
Jiný odběr (např. vlasy, sliny):									
VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE Osoba jeví / nejeví známky užití návykové látky.									
Lékařské vyšetření ukončeno - den:				hod.	min.	Razítko zdravotnického zařízení			
Jmenovka a podpis lékaře:				Tel. kontakt:					

C) VYPLNÍ SOUDNĚ TOXIKOLOGICKÁ LABORATOŘ

Datum doručení vzorků:		
Druhy převzatých vzorků, množství:		
Poznámky:		
Vzorky převzal (příjmení, jméno a podpis):		
Výsledky toxikologického vyšetření		
Datum:	Razítko pracoviště	Osoba zodpovědná za toxikologické vyšetření