

### PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO

Unidade de Coleta:  Cidade:   
Responsável pela coleta:  Nº RG.:   
Cargo:

### PREENCHIMENTO PELO PACIENTE

Nome do Paciente:  Idade:   
Sexo:  Masc  Fem Nº RG.:  Fone:  Celular:   
Endereço:

### EXAMES SOLICITADOS (MATERIAL: URINA RECENTE)

Triagem de Canabinóides  Triagem de Cocaína  Triagem de Opióides  Triagem de Anfetaminas

### MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO TESTE

Concurso  Exame Admissional  Solicitação Judicial  Avaliação Clínica do uso de drogas de abuso  Outros

### SOLICITANTE DO EXAME

Nome:  Nº RG.:  Fone:

### TERMO DE RESPONSABILIDADE (PREENCHIMENTO PELO PACIENTE)

Autorizo de livre e espontânea vontade a realização do exame de detecção de drogas de abuso, através de uma amostra de urina minha, coletada sob supervisão direta do responsável pela coleta. Isento todos os profissionais de laboratório, médicos e empresas envolvidos na realização deste exame de todas e quaisquer responsabilidades das informações contidas no meu teste. Atesto que a identificação do frasco de amostras é idêntica ao número do formulário acima descrito, assim como os meus dados descritos no frasco. Atesto que a amostra está devidamente lacrada.

Nome:  Data:  Hora:

Assinatura do Paciente:

### TERMO DE RESPONSABILIDADE (PREENCHIMENTO PELO RESPONSÁVEL DA COLETA)

Certifico que a amostra identificada por este formulário foi coletada sob minha supervisão direta e pertence ao paciente acima mencionado. Atesto que a amostra está identificada com o número do formulário e devidamente lacrada.

Nome:  Data:  Hora:

Assinatura do Responsável:

### TERMO DE RESPONSABILIDADE (PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO APOIADO)

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo laboratório \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, me responsabilizo pelas informações prestadas acima.

### TERMO DE RESPONSABILIDADE (PREENCHIMENTO PELO RESPONSÁVEL - no caso do paciente ser menor de 18 anos)

Nome do Responsável:  Nº RG.:

Assinatura do Responsável:

### PARA USO DO DB - DIAGNÓSTICOS DO BRASIL

Amostra com o lacre intacto:  SIM  NÃO

Responsável pelo Recebimento no DB:

**IMPORTANTE: O ENVIO DE FORMULÁRIOS INCOMPLETOS ACARRETERÁ NO CANCELAMENTO DO EXAME**