|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Žadatel: | Poskytovatel:  NEMOS SOKOLOV s.r.o.  Nemocnice Sokolov  Toxikologická laboratoř oddělení soudního lékařství  Slovenská 545  356 01 Sokolov  Telefon: 352 520 274 | Datum:  Č.j.: |

**A) VYPLNÍ ŽADATEL**

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení Rodné číslo St. příslušnost |
| Bydliště Zaměstnavatel Povolání |
| Důvod vyšetření Doba deliktu |
| Výsledek orientačního testu na NL provedeného PČR:  Druh testu – firma / biologický materiál: |
| Udává požití NL vč. alkoholu před deliktem ano / ne druh NL |
| Udává požití NL vč. alkoholu po deliktu ano / ne druh NL |

**B) VYPLNÍ LÉKAŘ PROVÁDĚJÍCÍ VYŠETŘENÍ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lékařské vyšetření započato dne v čase | | | | | | |
| **Anamnéza:**  Užívá léky, jaké, od kdy, dávkování, poslední dávka:  Substituční program / metadon, Subutex apod/:  Od kdy užívá alkohol nebo jiné drogy, jaké, kdy naposled:  Nemoc ano / ne, jaká: | | | | | | |
| těl. hmotnost výška teplota tlak pocení křeče pach dechu | | | | | | |
| **Vědomí:**  jasné otupělé somnolence bezvědomí dezorientace halucinace | | | | | | |
| **Chování:**  zdvořilé dysforické exaltované neklidné agresivní | | | | | | |
| **Nálada:** normální depresivní euforická labilní nepřiměřená situaci | | | | | | |
| **Řeč:** normální nesouvislá špatná artikulace mnohomluvnost | | | | | | |
| **Zornice:** střední široké úzké | | | **Z. po osvětlení:** střední široké úzké | | | |
| **Spojivky:** normální edematózní zarudlé bledé | | | | | | |
| **Nystagmus horizontální:**  Ano  Ne | **Chůze:** Jistá  Kolísavá  Padá  Nemožná | **Chůze po čáře:**  Rovně  Nejistě | | **Pokus prst – nos:**  Správně  Nepřesně | **Romberg III**  **kolísání** | **Třes :**  Víček  Prstů  Rukou |
| Nález poranění, vpichů, čerstvé, starší, jizvy: | | | | | | |
| Abstinenční příznaky: ano / ne | | | | | | |
| **Odběr krve** (2x10 ml): **Odběr moče** (50 ml):  proveden dne hod. min.  k dezinfekci kůže byl použit:  odběru krve přítomen: | | | **Odběr moče (**50 ml):  proveden dne hod. min.  odběru moče přítomen: | | | |
| **Jiný odběr** (například vlasy, sliny): | | | | | | |
| **Vyjádření lékaře :** osoba  **jeví / nejeví** známky užití návykové látky | | | | | | |
| **Datum a doba ukončení vyšetření: Razítko zdravotnického zařízení**  **Jmenovka a podpis lékaře:**  **Tel. kontakt:** | | | | | | |

Jméno, příjmení Datum narození / r.č.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C) VYPLNÍ ŽADATEL** | | | | (Požadovaná toxikologická vyšetření) | | | | | | | | |
| **C1** Alkohol a ostatní těkavé látky \* | | | | |  | | | | | |  | |
| **□ Ethylalkohol v krvi** | | | | **□ Ethylalkohol v moči** | | | | | | **□ Těkavé látky v krvi** | | |
| \* Potřebný biologický materiál: krev, moč | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **C2** Orientační skupinový záchyt návykových látek \*, \*\*, \*\*\* | | | | | | | | | | | | |
| **□ Amfetaminy**  Pervitin, Extáze aj. | **□ Kanabinoidy**  **marihuana, hašiš aj.** | | | | | **□ Opiáty**  **heroin, morfin aj.** | | **□ Kokain** | | | | **□ Benzodiazepiny**  **Diazepam, Lexaurin, Neurol aj.** |
| \* Potřebný biologický materiál: moč  \*\* Výsledky imunochemického záchytu mají význam pouze orientační a pozitivní nález by měl být potvrzen specifickou metodou!  \*\*\* Jiná vyšetření jsou prováděna **PO DOHODĚ S TOXIKOLOGICKOU LABORATOŘÍ!** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **C3** Poznámky a upřesňující údaje žadatele | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Potvrzení (konfirmace) nálezů, identifikace NL v biologickém materiálu, stanovení koncentrace NL v krvi a interpretace nálezu je předmětem znaleckého posudku. | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **D) VYPLNÍ SOUDNĚ TOXIKOLOGICKÁ LABORATOŘ** | | | | | | | | | | | | |
| Datum doručení vzorků: | | | Vzorky převzal (jméno, podpis): | | | | | | Poznámky: | | | |
| Převzaté vzorky, druh, množství: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Výsledky toxikologického vyšetření:** | | | | | | | | | | | | |
| Datum | | Razítko pracoviště | | | | | Osoba zodpovědná za toxikologické vyšetření (jméno, podpis) | | | | | |