

Bilaga 2 SSÄ SÄB-0484

Personnummer	Namn
Befattning	Företag/tjänsteställe
Beställare	Företag/tjänsteställe

Anledning till provtagning

<input type="checkbox"/> Nyanställd	<input type="checkbox"/> Periodisk	<input type="checkbox"/> Tillbud/ olycka	<input type="checkbox"/> Misstanke	<input type="checkbox"/> Rehab
-------------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------------

Provtagning utförd av	Signatur	Datum
-----------------------	----------	-------

Jag medger att provsvar lämnas till arbetsgivaren

Om analyserna visar förekomst av narkotika, hög alkoholkonsumtion eller beroendeframkallande läkemedel ska provtagaren först kontakta mig. Jag är medveten om, att arbetsgivaren kan tolka ett uteblivet eller sent svar från provtagaren som att testet visat förekomst av droger. Jag inser att det därför är viktigt att jag är tillgänglig på det telefonnummer jag anger nedan.

Den testades legitimation	Telefon	Underskrift
---------------------------	---------	-------------

Analysresultat

Utandningstest	<input type="checkbox"/> Positivt	<input type="checkbox"/> Negativt	<input type="checkbox"/> Ej utfört
Blodprov (CDT/PETH) CDT/PETH-svaret talar för hög alkoholkonsumtion *)	<input type="checkbox"/> Positivt	<input type="checkbox"/> Negativt	<input type="checkbox"/> Ej utfört
Urinprov U-EGL U-EGL-svar påvisar intag av alkohol under senaste dygnet **)	<input type="checkbox"/> Positivt	<input type="checkbox"/> Negativt	<input type="checkbox"/> Ej utfört

Föreligger bruk av

Narkotika	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Om svaret är JA ange vad som påvisats:		

Ovan angivna uppgifter intygas

Ort och datum
Underskrift av företagsläkare/företagssköterska

*) Vid särskild indikation

***) Endast på särskild beställning från arbetsgivaren