

<p><b>C. Personuppgifter</b></p> <p>Personnr: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Namn: _____</p> <p>Adress: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Identiteten styrkt genom:</p> <p>Personlig kännedom <input type="checkbox"/>      ID-kort <input type="checkbox"/></p>	<p><b>LÄKARINTYG</b></p> <p><b>Avseende läkarkontroller vid deltagande i försöksverksamhet med villkorlig körkortsåterkallelse</b></p> <p>Ansvarig läkare, vårdinrättning, telefonnummer</p>
---	--

**KONTROLL 2 (3 månader)**

**Datum**

år      månad      dag

 **Uteblev från avtalad kontroll**
**Anamnes**

 Nyttillkommen medicinsk information
   
  
 \_\_\_\_\_
   
  
 \_\_\_\_\_

Föranmält läkemedelsintag:

- preparat/dosering \_\_\_\_\_

 - tidpunkt för intag 

år      månad      dag

**Laboratorieundersökningar**
**I. Blodprover**
**Analysvärde**
**Referensvärde**

**Datum**

år      månad      dag

S-ASAT	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	µkat/l
S-ALAT	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	µkat/l
S-Gamma-GT	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	µkat/l
CDT	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	%
MCV	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	fL

**II. Urinprover****Screeninganalys****Verifierande analys****Datum**

år	månad	dag	

	Screeninganalys		Verifierande analys	
	Ej påvisat	Positivt	Negativt	Positivt
U-amfetaminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-bensodiazepiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-övrigt, nämligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Läkarbedömning**

Invändningsfria urinanalyser

Om nekande svar - Positiv urinanalys som inte inger misstanke på sidomissbruk utan förklaras av föränmält adekvat bruk

 Ja  Nej Ja, nämligen Nej Osäkert**Startförsök under alkoholpåverkan** Ja, antal \_\_\_\_\_ Nej Vet ej

Kommentarer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Läkarens underskrift\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande, specialitet**INTYGET SKICKAS TILL TRANSPORTSTYRELSEN NÄR SAMTLIGA EFTERFRÅGADE UPPGIFTER HAR REDOVISATS**