

<p><b>D. 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 3 (6 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**

S-ASAT

_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------------	-------------------	-------------------

_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------------	-------------------	-------------------

 µkat/l

S-ALAT

_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------------	-------------------	-------------------

_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------------	-------------------	-------------------

 µkat/l

S-Gamma-GT

_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------------	-------------------	-------------------

_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------------	-------------------	-------------------

 µkat/l

CDT

_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------------	-------------------	-------------------

_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------------	-------------------	-------------------

 %

MCV

_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------------	-------------------	-------------------

_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------------	-------------------	-------------------

 fL

_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
år	månad	dag

**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**