

<p>E. Personuppgifter</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>LÄKARINTYG</p> <p>Avseende läkarkontroller vid deltagande i försöksverksamhet med villkorlig körkortsåterkallelse</p> <p>Ansvarig läkare, vårdinrättning, telefonnummer</p>
---	--

KONTROLL 4 (9 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**