

<p>F. 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 5 (12 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

Läkarbedömning

Verifierar blodprover uppnådd nykterhet?

 Ja Nej → Finns andra, säkerställda medicinska förklaringar till avvikande blodprover? Ja , nämligen, _____ Nej Osäkert _____

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

år	månad	dag	

Ej påvisat

Positivt

Negativt

Positivt

U-amfetaminer

U-bensodiazepiner

U-cannabis

U-kokain

U-opiater

U-övrigt, nämligen

Läkarbedömning

Invändningsfria urinalyser

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

 Ja Nej Ja, nämligen

 Nej Osäkert**AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test)**

Utförd, datum

år	månad	dag	

Kommentarer: _____

Startförsök under alkohelpåverkan

- Ja, antal _____
- Nej
- Vet ej

Kommentarer: _____

Läkarbedömning för ställningstagande till fortsatt deltagande i försöksverksamheten:

Som krav för fortsatt deltagande gäller:

Uppfylls detta krav?

- inga nytillkomna medicinska problem som i sig utgör hinder för körkortsinnehav enligt VVFS 2008:158

Ja Nej

- inga tecken på blandmissbruk under uppföljningstiden

Ja Nej

- laboratorieprover verifierar uppnådd nykterhet

Ja Nej

Är samtliga dessa krav uppfyllda?

Ja Nej

Tveksamt

Ange skäl till tveksamhet _____

Finns i övrigt kännedom om omständigheter som indikerar opålitlighet i nykterhetshänseende?

Ja Nej

Läkarens underskrift

Namnförtydligande, specialitet

INTYGET SKICKAS TILL TRANSPORTSTYRELSEN NÄR SAMTLIGA EFTERFRÅGADE UPPGIFTER HAR REDOVISATS