

<p><b>I. 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 8 (21 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

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

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

 µkat/l

S-ALAT

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

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

 µkat/l

S-Gamma-GT

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

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

 µkat/l

CDT

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

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

 %

MCV

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

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

 fL

**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 samt till körkortsinnehav efter 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 hela uppföljningstiden

Ja  Nej

- laboratorieprover verifierar uppnådd nykterhet vid varje kontroll under perioden 12 - 21 månader (Kontroll 5 - 8)

Ja  Nej

Är samtliga dessa krav uppfyllda?

Ja  Nej

Tveksamt

Ange skäl till tveksamhet \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Ja  Nej

\_\_\_\_\_  
Läkarens underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande, specialitet

**INTYGET SKICKAS TILL TRANSPORTSTYRELSEN NÄR SAMTLIGA EFTERFRÅGADE UPPGIFTER HAR REDOVISATS**