**EK-2/Y**

**(Ek: RG- 11/01/2020- 31005 / 7 md. Yürürlük: 11/02/2020)**

**Yasa Dışı ve Kötüye Kullanılan Madde Doğrulama Analizleri Formu**

Rapor Tarihi: …/…/….

-

( \* ) ( \*\* )

Doğrulanması İstenen Tarama Testleri:

 Amfetaminler (İdrar)

 Barbituratlar (İdrar)

 Benzodiyazepinler(İdrar)

 Buprenorfin + Norbuprenorfin(İdrar)

 Ekstazi (MDMA) (İdrar)

 Eroin (İdrar)

 Kannabinoidler (İdrar)

 Kokain(İdrar)

 Opiyatlar (İdrar)

 Sentetik kannabinoidler (İdrar)

Doğrulama Analiz Gerekçesi: (\*\*\*)

İstemi Yapan Doktor:

İmza

Tetkiki Yapan Laboratuvar ................................................... (Doğrulama Laboratuvarı Yetki No:)

Yukarıda belirtilen kod numaralı hastadan, Sağlık Bakanlığı doğrulama kriterlerine uyan numunelerde kromatografik yöntemleri ile aşağıda belirtilen maddelerin/metabolitlerin kantitatif doğrulama analizleri yapılmıştır.

 Amfetamin (İdrar)

 Barbituratlar (Panel en az 5 adet) (İdrar)

 Benzodiyazepinler (Panel en az 5 adet) (İdrar)

 Buprenorfin (İdrar)

 Dihidrokodein (İdrar)

 Eroin (İdrar)

 Kannabinoidler (İdrar)

 Kodein (İdrar)

 Kokain (İdrar)

 Metamfetamin (İdrar)

 Metilendioksiamfetamin MDA (İdrar)

 Metilendioksietilamfetamin MDEA (İdrar)

 Metilendioksimetamfetamin MDMA (İdrar)

 Morfin (İdrar)

 Norbuprenorfin (İdrar)

 Sentetik katinonlar (İdrar)

 Sentetik kannabinoidler (Panel en az 5 adet) (İdrar)

Birim Sorumlusu Uzm.Dr.

Bu form elektronik imza ile imzalanarak MEDULA sistemi üzerinden gönderilmelidir.

\* Ad ve soyadın ilk harfleri \_ annesinin kızlık soyadının ilk 2 harfi

\*\* Doğum tarihi gün, ay ve yıl

\*\*\* Tarama testi pozitif olan vaka, tarama test sonucunun klinikle uyumsuzluğu, v.b.