



TIEDONSIIRTOLOMAKE TERVEYDENHUOLLOLLE – OPISKELIJA VELVOITETTU ESITTÄMÄÄN HUUMAUSAINETESTIÄ KOSKEVA TODISTUS

Koulutuksen järjestäjä tai korkeakoulu voi velvoittaa opiskelijan esittämään huumausainetestiä koskevan todistuksen perustuen

lakiin ammatillisesta koulutuksesta (531/2017, 84 §), ammattikorkeakoululakiin (932/2014, 36 §), yliopistolakiin (558/2009, 43 d §), valtioneuvoston asetus huumausainetestien tekemisestä (218/2005, 4§)

1. Opiskelijan tiedot (nimi, henkilötunnus): _____

2. Opiskelijalla kuvallinen henkilöllisyystodistus: kyllä ___ ei ___ *

*mikäli opiskelijalla ei ole kuvallista henkilöllisyystodistusta, on opiskelijalla oltava testaustilanteessa mukana koulutuksen järjestäjän, korkeakoulun, työssäoppimispaikan tai harjoittelupaikan edustaja, joka voi luotettavasti todistaa opiskelijan henkilöllisyyden

3. Perustelu vaatimukselle esittää huumausainetestiä koskeva todistus:

___ epäily huumausaineiden vaikutuksen alaisena olemisesta

___ epäily huumeriippuvuudesta

4. Päihtymysepäily (paikka, kellonaika ja pvm):

5. Päihtymystilan arvioijan (koulutuksen järjestäjän, korkeakoulun, työssäoppimispaikan tai harjoittelupaikan edustaja) nimi ja puh:



6. Päihtymystilan arviointi:

Puhe: <input type="checkbox"/> selvää <input type="checkbox"/> epäselvää	Puhuteltavuus: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> heikentynyt	Ajan ja paikan taju: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> heikentynyt
Kävely: <input type="checkbox"/> varmaa <input type="checkbox"/> epävarmaa	Reaktiokyky: <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> hidastunut	Alkoholin haju: <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Olemus: <input type="checkbox"/> rauhallinen - hallittu <input type="checkbox"/> unelias	<input type="checkbox"/> euforinen – menee lujaa <input type="checkbox"/> uhitteleva	<input type="checkbox"/> ahdistunut <input type="checkbox"/> itkuinen
Fyysiset oireet: <input type="checkbox"/> ei ole <input type="checkbox"/> vapina	<input type="checkbox"/> levottomuus <input type="checkbox"/> oksentaminen	<input type="checkbox"/> hikoilu

7. Kuvaus toimintakyvyn heikentymisestä: _____

8. Opiskelija ohjattu testaukseen seuraavista tehtävistä:

9. Huumausainetestaustodistuksen esittämiseen velvoittaneen koulutuksen järjestäjän tai korkeakoulun edustajan yhteystiedot (nimi, puhelin- numero):



10. Opiskelija ohjattu terveydenhuoltoon huumausainetestausta varten

kellonaika ja pvm: _____

terveydenhuollon yksikön nimi:

mahdollisen saattajan nimi:

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Nimenselvennys
(päähtymystilan arvioinut henkilö)

Tämän asiakirjan alkuperäinen kappale on koulutuksen järjestäjän tai korkeakoulun kappale. Yksi kopio on annettu opiskelijalle ja yksi jää terveydenhuollon yksikköön.