

Tiedonsiirtolomake terveydenhuollolle – opiskelija velvoitettu esittämään huumausainetestistä koskeva todistus

Koulutuksen järjestäjä tai korkeakoulu voi velvoittaa opiskelijan esittämään huumausainetestistä 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 nimi ja 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 huumausainetestistä koskeva todistus:

- ☐ epäily huumausaineiden vaikutuksen alaisena olemisesta
☐ epäily huumeriippuvuudesta

4. Päihtymysepäily paikka, kellonaika ja päivämäärä:

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

6. Päihtymystilan arviointi:

- | | | |
|----------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Puhe: | ☐ selvää | ☐ epäselvää |
| Puhuteltavuus: | ☐ kyllä | ☐ heikentynyt |

- Ajan ja paikan taju: ☐ kyllä ☐ heikentynyt
- Kävely: ☐ varmaa ☐ epävarmaa
- Reaktiokyky: ☐ normaali ☐ hidastunut
- Alkoholin haju: ☐ ei ☐ kyllä
- Olemus:
- ☐ rauhallinen – hallittu ☐ unelias ☐ euforinen – menee lujaa
- ☐ uhitteleva ☐ ahdistunut ☐ itkuinen
- Fyysiset oireet:
- ☐ ei ole ☐ vapina ☐ levottomuus
- ☐ oksentaminen ☐ hikoilu

7. Kuvaus toimintakyvyn heikentymisestä:

8. Opiskelija ohjattu testaukseen seuraavista tehtävistä:

9. Huumausainetestaustodistuksen esittämiseen velvoittaneen koulutuksen järjestäjän tai korkeakoulun edustajan nimi ja puhelinnumero:

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.

Lomake on SORA-lainsäädännön toimeenpano terveydenhuollossa: Ratkaisuja opiskeluun soveltumattomuuteen liitteen 6 mukainen <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3562-4>