



## TIEDONSIIRTOLOMAKE TERVEYDENHUOLLOLLE

Opiskelija velvoitettu esittämään huumausainetestiä koskeva todistus

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

*lakiin ammatillisesta koulutuksesta (630/1998, 34 a §), lakiin ammatillisesta aikuiskoulutuksesta (631/1998), 11 § 4 kohta, ammattikorkeakoululakiin (932/2014, 36 §), yliopistolakiin (558/2009, 43 d §), valtioneuvoston asetus huumausainetestien tekemisestä (218/2005, 4 §)*

Opiskelijan nimi:	Henkilötunnus:
Kuvallinen henkilöllisyystodistus:	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> 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.*

Perustelu vaatimukselle esittää huumausainetestiä koskeva todistus:

<input type="checkbox"/> Epäily huumausaineiden vaikutuksen alaisena olemisesta	<input type="checkbox"/> Epäily huumeriippuvuudesta
---	---

Päihtymysepäily:

---

Paikka:	Kellonaika:	Päivämäärä:
---------	-------------	-------------

---

Päihtymystilan arvioijan nimi*:	Puhelinnumero:
---------------------------------	----------------

---

*\* Koulutuksen järjestäjän, korkeakoulun, työssäoppimispaikan tai harjoittelupaikan edustaja*

Päiväys: \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_

Allekirjoitus:

---

## 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

Kuvaus toimintakyvyn heikentymisestä:

---



---

Opiskelija ohjattu testaukseen seuraavista tehtävistä:

---



---

Huumausainetestaustodistuksen esittämiseen velvoittaneen koulutuksen järjestäjän tai korkeakoulun edustaja:

Nimi:

Puhelinnumero:

---

Opiskelija ohjattu terveydenhuoltoon huumausainetestausta varten:

---

Kellonaika ja pvm:

Terveydenhuollon yksikön nimi:

Mahdollisen saattajan nimi:

---

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

**Päiväys:** \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ **Aika:** \_\_\_\_\_ **Paikka:** \_\_\_\_\_

**Päihtymystilan arvioineen henkilön allekirjoitus:**

---