

TERMO DE RESPONSABILIDADE

CONFIDENCIAL

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
EXÉRCITO PORTUGUÊS

(OCAD / _UEO) _____ / _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(Dador da Amostra)

Número de Código do Saco _____

Números de Código das Amostras: A - _____
B - _____

1. Eu, abaixo assinado, declaro que me foi dado conhecimento de que a presente colheita de urina se destina à pesquisa de drogas de abuso.
2. Verifiquei que os números dos códigos das bandas de selagem dos recipientes são os mesmos que constam no canto superior direito deste impresso.
3. Mais declaro o seguinte (*assinalar com [X] a opção que interessa*):
 - a. Não tomei qualquer medicamento nas condições indicadas em b. []
 - b. Tomei os medicamentos que indico no quadro seguinte:

Descrição da medicação administrada nos sete (7) dias que precederam a colheita (*trancar as linhas que não forem preenchidas no quadro abaixo mencionado*).

(NOTA: Por medicamento entendo: Xarope, Gotas, Cápsulas, Comprimidos ou Drageias, Supositórios, Pó, Pastilhas e Injecções)

	Nome(s) do(s) Medicamento(s) (por extenso)	Dose por Toma	N.º de Tomas por Dia	Última Toma *		
				Mês	Dia	Hora
1						
2						
3						

* Antes da colheita da Amostra

O DADOR DA AMOSTRA

U/E/O _____

POSTO _____ NIM _____ APELIDO _____

DATA ___/___/___ ASSINATURA _____

Distribuição:

- Anexo ao Relatório Técnico de Segurança Sobre a Droga e Abuso de Álcool

CONFIDENCIAL