

**N°CURML**

(Etiquette autocollante)

(Etiquette UTCF)

**Référence mandant :**

(N°registre, N°réf externe, ...)

## DEMANDE D'ANALYSES - Evaluation de l'aptitude à conduire & suivis

**Concerne :** Contrôle identité : non oui N°CI/passeport : .....

Nom : ..... Né(e) le : .....

Prénom : ..... Sexe : M F

Adresse : ..... Poids : ..... kg

..... Taille : ..... cm

**Analyses demandées par :**

(ex :UMPT, USE, SAN, ICH, SEM, ...)

Institution : .....

Adresse : .....

**Prélèvements et analyses demandées:** Date et heure : le ..... à .....h..... Lieu : .....

**Sérum**

(monovette 7,5 ml)

CDT%

GGT

ASAT

ALAT

Ethylglucuronide

Amphétamines

Cocaïne

Opiacés

Méthadone

Cannabis

Benzodiazépines

Autres : .....

**Sang capillaire**

(sur papier buvard (DBS))

Phosphatidyléthanol (PEth)

**Sang veineux (EDTA)**

(sur papier buvard (DBS))

Phosphatidyléthanol (PEth)

**Sang NaF et/ou EDTA**

(entre 5 et 10 ml)

Amphétamines

Cocaïne

Opiacés

Méthadone

Cannabis

Benzodiazépines

Autres : .....

**Urine**

(monovette jaune 10 ml / pot)

Ethylglucuronide (EtG)

Amphétamines

Cocaïne

Opiacés

Méthadone

Cannabis

Benzodiazépines

Autres : .....

Contrôle visuel : oui non

Marqueur / traceur

Heure administration : ....h....

Heure miction : ....h....

**Cheveux vertex postérieur**

(env. 3-4 mèches ou env. 100 mg)

Longueur : ..... cm

Autre zone de prélèvement : .....

Traitement cosmétique : .....

.....

Ethylglucuronide (EtG)

Amphétamines

Cocaïne

Opiacés

Méthadone

Cannabis

Benzodiazépines et Z-drugs

Autres : .....

**Informations patients :**

**Maladies**

Est-ce que le patient a eu les maladies suivantes ?

1- Maladies du foie (hépatite, cirrhose, stéatose, jaunisse, ...). Si oui, préciser : .....

2- Autres maladies pouvant influencer les paramètres analysés. Si oui, préciser : .....

**Renseignements pour l'interprétation des analyses :**

Plusieurs réponses sont possibles !

3- Consommation d'alcool lors de la période concernée par les analyses : oui non en traitement pas évalué

4- Consommation de drogues lors de la période concernée par les analyses : oui non en traitement pas évalué

5- Consommation de médicaments non prescrits (période concernée par les analyses) : oui non pas évalué

6- Traitement médicamenteux lors de la période concernée par les analyses : oui non

(si oui, substance et posologie : .....) )

**Autre(s) information(s) utile(s) pour l'analyse ou l'interprétation des résultats:**

(Prélèvement Urine : 1 2 3 Rapport final) .....

(Prélèvement Cheveux : segmentation : 3 cm (env. 3 mois) 5 cm (env. 5 mois) autre (à préciser) : .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Le patient s'est-il présenté ? oui non ( pas d'excuse excuse, laquelle : )

Date : .....

Facture à adresser à :

Nom et Prénom : ..... Signature : .....

patient prélèvement unique

autre : ..... forfait

A remplir par l'UTCF:

Date de réception à l'UTCF : ..... LS GE Visa UTCF : .....

Confirmation réception  
échantillon envoyée (email)