

N°CURML

(Etiquette autocollante)

(Etiquette UTCF)

Référence mandant :

(N°registre, N°réf externe, ...)

DEMANDE D'ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Type de demande : Expertise aptitude à conduire Suivi aptitude à conduire Autre :

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

Nom : Né(e) le :

Prénom : Sexe : M F

Adresse : Poids : kg

..... Taille : cm

Analyses demandées par :

UMPT USE SAN ICH SEM Autre:.....

Institution :

Adresse :

Prélèvements et analyses demandées: Date et heure : le àh..... 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: Type de dossier: TCV APT

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

Confirmation réception
échantillon envoyée (email)