

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 : .....

Analyses demandées par : (ex :UMPT, USE, SAN, ICH, SEM, ...)

Nom : ..... Né(e) le : .....

Institution : .....

Prénom : ..... Sexe : M F

Adresse : .....

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

.....

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

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

Sérum (monovette 7,5 ml)

Sang capillaire (sur papier buvard (DBS)) Phosphatidyléthanol (PEth)

Urine (monovette jaune 10 ml / pot)

Cheveux vertex postérieur (env. 3-4 mèches ou env. 100 mg)

CDT%

Sang veineux (EDTA) (sur papier buvard (DBS)) Phosphatidyléthanol (PEth)

Ethylglucuronide (EtG)

Longueur : ..... cm

GGT

Amphétamines

Autre zone de prélèvement : .....

ASAT

Cocaïne

Traitement cosmétique : .....

ALAT

Opiacés

Ethylglucuronide

Sang NaF et/ou EDTA (entre 5 et 10 ml)

Méthadone

Amphétamines

Amphétamines

Cannabis

Cocaïne

Cocaïne

Benzodiazépines

Opiacés

Opiacés

Autres : .....

Méthadone

Méthadone

Contrôle visuel : oui non

Cannabis

Cannabis

Marqueur / traceur

Benzodiazépines

Benzodiazépines

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

Autres : .....

Autres : .....

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

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 désire-t-il recevoir une copie des résultats oui non

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

Date : ..... Signature : ..... Facture à adresser à :

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)