

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 àh..... 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	Sang NaF et/ou EDTA (entre 5 et 10 ml)	Amphétamines	Autre zone de prélèvement :
ASAT	Amphétamines	Cocaïne	Traitement cosmétique :
ALAT	Cocaïne	Opiacés
Ethylglucuronide	Méthadone	Méthadone	Ethylglucuronide (EtG)
Amphétamines	Cannabis	Cannabis	Amphétamines
Cocaïne	Benzodiazépines	Benzodiazépines	Cocaïne
Opiacés	Autres :	Autres :	Opiacés
Méthadone	Contrôle visuel : oui non	Contrôle visuel : oui non	Méthadone
Cannabis	Marqueur / traceur	Marqueur / traceur	Cannabis
Benzodiazépines	Heure administration :h....	Heure administration :h....	Benzodiazépines et Z-drugs
Autres :	Heure miction :h....	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 :

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)