

**Site de Lausanne**

Ch. de la Vuilliette 4 – CH-1000 Lausanne 25 Tél : +41 21 314 73 38 Fax : +41 21 314 73 29 E-mail : [curml.utcf@chuv.ch](mailto:curml.utcf@chuv.ch)

## FORMULAIRE DE DEMANDE – ANALYSES DE CHEVEUX

**Données personnelles du patient**

*A remplir par le demandeur*

Nom : \_\_\_\_\_

Coordonnées du demandeur : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NPA, Lieu : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

**Informations prélèvements :**

**Paiement :**

Montant : CHF

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

**Longueur cheveux :** \_\_\_\_\_ cm // Autre zone prélèv. : \_\_\_\_\_

**Informations patient :**

*A remplir par le demandeur*

**Maladies**

*Est-ce que le patient souffre-t-il ou a-t-il souffert des maladies suivantes ?*

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

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

(Plusieurs réponses possibles)

- 3 Consommation d'alcool lors des six derniers mois :  oui  non  en traitement  pas évalué
- 4 Consommation de drogues lors des neufs derniers mois :  oui  non  en traitement  pas évalué
- 5 Consommation de médicaments non prescrits lors des neufs derniers mois :  oui  non  pas évalué
- 6 Traitement médicamenteux lors des neufs derniers mois :  oui  non

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

- 7 En cas de prélèvement capillaire : traitement cosmétique (décoloration / coloration, permanentes, lotions capillaires, gel, ...) : .....

- 8 Remarques complémentaires : .....

**Analyses à effectuer par le laboratoire :**

EtG

AMPHETAMINES

THC

COCAÏNE

BZD

OPIACES/OPIOÏDES

Autre :

METHADONE

Lieu, date et heure du prélèvement : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Visa : .....

Date de réception au CURML

Visa UTCF : .....