

MEDECIN PRESCRIPTEUR :	PATIENT :
<i>Signature :</i>	

URGENT - Contacter impérativement le 28 100 583 !

En l'absence de contact avec le laboratoire, l'analyse sera traitée comme non urgente !

Date et heure du prélèvement: Le ___/___/___ À ___H___
<input type="checkbox"/> Intoxication aiguë (Compléter le verso du formulaire svp)
<input type="checkbox"/> Suspicion de soumission chimique <u>INVOLONTAIRE</u> (GHB, Sédatifs, Analgésiques...)

URINE (Qualitatif) Minimum 10mL

SCREENING

<input type="checkbox"/> Screening toxicologique: Amphétamines, benzodiazépines, opiacés, cocaïne, cannabinoïdes, méthadone et éthanol
--

Stupéfiants et médicaments de substitution

Benzodiazépines et apparentés	<input type="checkbox"/>
Amphétamines (MDA, MDEA, MDMA, amphétamine, méthamphétamine)	<input type="checkbox"/>
Opiacés (morphine, codéine, 06-MAM, dihydrocodéine)	<input type="checkbox"/>
Cocaïne + métabolites (benzoylecgonine, ecgoninemethylester)	<input type="checkbox"/>
Méthadone + métabolite (EDDP)	<input type="checkbox"/>
Cannabinoïdes	<input type="checkbox"/>
→ THC-COOH Quantitatif (µg/g de créatinine)	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Anti-dépresseurs	<input type="checkbox"/> Anti-psychotiques	<input type="checkbox"/> Opioides	Autres
Amitriptyline <input type="checkbox"/>	Clozapine <input type="checkbox"/>	Alfentanil <input type="checkbox"/>	Ethanol <input type="checkbox"/>
Citalopram <input type="checkbox"/>	Flupentixol <input type="checkbox"/>	Buprénorphine <input type="checkbox"/>	GHB (1) <input type="checkbox"/>
Clomipramine <input type="checkbox"/>	Halopéridol <input type="checkbox"/>	Fentanyl <input type="checkbox"/>	Autres: <input type="checkbox"/>
Dosulépine <input type="checkbox"/>	Lévomépromazine <input type="checkbox"/>	Naloxone <input type="checkbox"/>	
Doxépine <input type="checkbox"/>	Olanzapine <input type="checkbox"/>	Oxycodone <input type="checkbox"/>	
Duloxétine <input type="checkbox"/>	Prothipendyl <input type="checkbox"/>	Péthidine <input type="checkbox"/>	
Fluoxétine <input type="checkbox"/>	Pimozide <input type="checkbox"/>	Piritramide <input type="checkbox"/>	
Imipramine <input type="checkbox"/>	Quétiapine <input type="checkbox"/>	Sufentanil <input type="checkbox"/>	
Maprotiline <input type="checkbox"/>	Rispéridone <input type="checkbox"/>	Tilidine <input type="checkbox"/>	
Mirtazapine <input type="checkbox"/>	Tiapride <input type="checkbox"/>	Tramadol <input type="checkbox"/>	
Nortriptyline <input type="checkbox"/>			
Paroxétine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Barbituriques	<input type="checkbox"/> Hallucinogènes	
Sertraline <input type="checkbox"/>	Pentobarbital <input type="checkbox"/>	LSD (1) <input type="checkbox"/>	
Trazodone <input type="checkbox"/>	Phénobarbital <input type="checkbox"/>	Psilocine <input type="checkbox"/>	
Venlafaxine <input type="checkbox"/>	Thiopental <input type="checkbox"/>	Psilocybine <input type="checkbox"/>	

(1) Prélèvement à conserver à l'abri de la lumière et à 4°C

SERUM (Quantitatif) Tube sans gel minimum 500µL de sérum
Date et heure de dernière prise du médicament : _____

<input type="checkbox"/> Antidépresseurs		<input type="checkbox"/> Benzodiazépines		<input type="checkbox"/> Anti psychotiques	
Amitriptyline	<input type="checkbox"/>	Alprazolam	<input type="checkbox"/>	Clozapine	<input type="checkbox"/>
Citalopram	<input type="checkbox"/>	Bromazepam	<input type="checkbox"/>	Halopéridol	<input type="checkbox"/>
Clomipramine	<input type="checkbox"/>	Clobazam	<input type="checkbox"/>	Olanzapine	<input type="checkbox"/>
Fluoxétine	<input type="checkbox"/>	Clonazepam	<input type="checkbox"/>	Quétiapine	<input type="checkbox"/>
Imipramine	<input type="checkbox"/>	Diazepam	<input type="checkbox"/>	Risperidone	<input type="checkbox"/>
Lithium	<input type="checkbox"/>	Flunitrazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sédatifs	
Mirtazapine	<input type="checkbox"/>	Lormetazepam	<input type="checkbox"/>	Zolpidem	<input type="checkbox"/>
Paroxétine	<input type="checkbox"/>	Lorazepam	<input type="checkbox"/>	Autres	
Sertraline	<input type="checkbox"/>	Midazolam	<input type="checkbox"/>	Methylphenidate	<input type="checkbox"/>
Trazodone	<input type="checkbox"/>	Nitrazepam	<input type="checkbox"/>	Ethanol	<input type="checkbox"/>
Venlafaxine	<input type="checkbox"/>	Nordiazepam	<input type="checkbox"/>	GHB (1)	<input type="checkbox"/> (Plasma EDTA)
<input type="checkbox"/> Antiépileptiques		Oxazepam	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Lamotrigine	<input type="checkbox"/>	Temazepam	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Lévétiracetam	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Intoxication aiguë
Date et heure de l'intoxication: Le ____/____/____ À ____H____
Signes neurologiques : _____

Signes digestifs : _____

Signes respiratoires : _____

Signes cardiovasculaires : _____

Médicaments, toxiques, emballages trouvés, avoués ou soupçonnés :
Thérapeutiques mise en œuvre avant les prélèvements:
Espace réservé au LNS