

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

URGENT - Contacter le 28 100 583 !

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

Prélèvement : Sérum 200uL minimum → Prélever sur tube sans gel !	Espace réservé LNS
Date : Heure :	

SUIVI THERAPEUTIQUE		
Dernière prise de médicament	Date :	Heure :
Posologie		
Médicaments associés		

ANTIDEPRESSEURS	
<input type="checkbox"/>	Agomélatine
<input type="checkbox"/>	Amitriptyline
<input type="checkbox"/>	Bupropion*
<input type="checkbox"/>	Citalopram
<input type="checkbox"/>	Clomipramine
<input type="checkbox"/>	Désipramine
<input type="checkbox"/>	Dosulépine
<input type="checkbox"/>	Doxépine
<input type="checkbox"/>	Duloxétine
<input type="checkbox"/>	Fluoxétine
<input type="checkbox"/>	Fluvoxamine
<input type="checkbox"/>	Imipramine
<input type="checkbox"/>	Maprotiline
<input type="checkbox"/>	Miansérine
<input type="checkbox"/>	Milnacipran
<input type="checkbox"/>	Mirtazapine
<input type="checkbox"/>	Moclobémide
<input type="checkbox"/>	Nortriptyline

<input type="checkbox"/>	Paroxétine
<input type="checkbox"/>	Réboxétine
<input type="checkbox"/>	Sertraline
<input type="checkbox"/>	Tianeptine
<input type="checkbox"/>	Tranlycypromine*
<input type="checkbox"/>	Trazodone
<input type="checkbox"/>	Trimipramine
<input type="checkbox"/>	Venlafaxine
<input type="checkbox"/>	Vortioxétine
ANTIEPILEPTIQUES	
<input type="checkbox"/>	Brivaracetam
<input type="checkbox"/>	Carbamazépine
<input type="checkbox"/>	Ethosuximide
<input type="checkbox"/>	Felbamate
<input type="checkbox"/>	Gabapentine
<input type="checkbox"/>	Lacosamide
<input type="checkbox"/>	Lamotrigine
<input type="checkbox"/>	Lévétiracétam
<input type="checkbox"/>	Oxcarbazépine*

<input type="checkbox"/>	Perampanel
<input type="checkbox"/>	Phénobarbital
<input type="checkbox"/>	Phénytoïne
<input type="checkbox"/>	Prégabaline
<input type="checkbox"/>	Primidone
<input type="checkbox"/>	Rétigabine
<input type="checkbox"/>	Rufinamide
<input type="checkbox"/>	Stiripentol
<input type="checkbox"/>	Sulthiame
<input type="checkbox"/>	Tiagabine
<input type="checkbox"/>	Topiramate
<input type="checkbox"/>	Acide Valproïque
<input type="checkbox"/>	Zonisamide
TROUBLE DEFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITE	
<input type="checkbox"/>	Atomoxétine
<input type="checkbox"/>	Guanfacine
<input type="checkbox"/>	Méthylphénidate*

*Prélèvement congelé

BENZODIAZEPINES ET APPARENTES	
<input type="checkbox"/>	Alprazolam
<input type="checkbox"/>	Bromazepam
<input type="checkbox"/>	Chlordiazepoxide
<input type="checkbox"/>	Clobazam
<input type="checkbox"/>	Clonazepam
<input type="checkbox"/>	Diazepam
<input type="checkbox"/>	Estazolam
<input type="checkbox"/>	Flunitrazepam
<input type="checkbox"/>	Flurazepam
<input type="checkbox"/>	Lorazepam
<input type="checkbox"/>	Lormetazepam
<input type="checkbox"/>	Midazolam
<input type="checkbox"/>	Nitrazepam

<input type="checkbox"/>	Nordiazepam
<input type="checkbox"/>	Oxazepam
<input type="checkbox"/>	Prazepam
<input type="checkbox"/>	Temazepam
<input type="checkbox"/>	Triazolam
<input type="checkbox"/>	Zolpidem
<input type="checkbox"/>	Zopiclone*
NEUROLEPTIQUES	
<input type="checkbox"/>	Amisulpride
<input type="checkbox"/>	Aripiprazole
<input type="checkbox"/>	Chlorpromazine
<input type="checkbox"/>	Clozapine
<input type="checkbox"/>	Flupentixol
<input type="checkbox"/>	Halopéridol
<input type="checkbox"/>	Lévomépromazine

<input type="checkbox"/>	Olanzapine
<input type="checkbox"/>	Pipamperone
<input type="checkbox"/>	Prométhazine
<input type="checkbox"/>	Prothipendyl
<input type="checkbox"/>	Quétiapine
<input type="checkbox"/>	Rispéridone
<input type="checkbox"/>	Sertindole
<input type="checkbox"/>	Sulpiride
<input type="checkbox"/>	Ziprasidone
<input type="checkbox"/>	Zuclopendixol
OPIOIDES	
<input type="checkbox"/>	Tramadol
AUTRES	
<input type="checkbox"/>	GHB*
<input type="checkbox"/>

* Prélèvement congelé

<input type="checkbox"/>	Screening Toxicologique LC-MS/MS en cas d'intoxication aiguë <i>Compléter les informations complémentaires qui suivent</i>
	Criblage orienté (selon renseignements cliniques communiqués)

<input type="checkbox"/>	Soumission Chimique Involontaire <i>Compléter les informations complémentaires qui suivent</i>
	Criblage orienté + recherche GHB*

* Prélèvement congelé

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Date et heure de l'intoxication:	Le ____/____/____ À ____H____
Signes neurologiques :	-----
Signes digestifs :	-----
Signes respiratoires :	-----
Signes cardiovasculaires :	-----
Médicaments, toxiques trouvés, avoués ou soupçonnés :	-----
Thérapeutiques mises en œuvre avant les prélèvements:	-----
