

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 : <b>Sérum 200uL minimum</b> → <b>Prélever sur tube sans gel !</b>	Espace réservé LNS
<b>Date :</b>  <b>Heure :</b>	

SUIVI THERAPEUTIQUE		
<b>Dernière prise de médicament</b>	<b>Date :</b>	<b>Heure :</b>
<b>Posologie</b>		
<b>Médicaments associés</b>		

ANTIDEPRESSEURS	
<input type="checkbox"/>	Agomélatine
<input type="checkbox"/>	Bupropion*
<input type="checkbox"/>	Citalopram
<input type="checkbox"/>	Dosulépine
<input type="checkbox"/>	Duloxétine
<input type="checkbox"/>	Fluoxétine
<input type="checkbox"/>	Fluvoxamine
<input type="checkbox"/>	Miansérine
<input type="checkbox"/>	Milnacipran
<input type="checkbox"/>	Mirtazapine
<input type="checkbox"/>	Moclobémide
<input type="checkbox"/>	Paroxétine
<input type="checkbox"/>	Réboxétine
<input type="checkbox"/>	Sertraline
<input type="checkbox"/>	Tianeptine
<input type="checkbox"/>	Tranylcypromine
<input type="checkbox"/>	Trazodone
<input type="checkbox"/>	Venlafaxine

<input type="checkbox"/>	Vortioxétine
ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES	
<input type="checkbox"/>	Amitriptyline
<input type="checkbox"/>	Clomipramine
<input type="checkbox"/>	Désipramine
<input type="checkbox"/>	Doxépine
<input type="checkbox"/>	Imipramine
<input type="checkbox"/>	Maprotiline
<input type="checkbox"/>	Trimipramine
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 et à l'abri de la lumière**

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"/>	Tetrazepam
<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"/>	Zuclopenthixol
OPIOIDES	
<input type="checkbox"/>	Tramadol
AUTRES	
<input type="checkbox"/>	GHB*

<input type="checkbox"/>	<b>Screening Toxicologique LC-MS/MS en cas d'intoxication aiguë</b> <i>Compléter les informations complémentaires qui suivent</i> Criblage de 800 molécules
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	<b>Soumission Chimique Involontaire</b> <i>Compléter les informations complémentaires qui suivent</i> Criblage de 800 molécules + recherche GHB
--------------------------	--

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 :	_____
<b>Thérapeutiques mises en œuvre avant les prélèvements:</b>	_____
	_____