

**LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE – CH ARRAS**

Boulevard Besnier – 62022 ARRAS cedex

**URGENT****Identité Patient**

Nom  
Prénom  
Nom usuel  
DDN :  
Sexe :

**Cachet du service**

Prescripteur : \_\_\_\_\_

Médecin  Interne  Sage-femme

Date et heure de prélèvement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_ min

Préleveur : \_\_\_\_\_

IDE  SF  autre : \_\_\_\_\_

**ANALYSES TOXICOLOGIQUES 24H/24**

SANG : dépistage d'urgence *	SANG : dosage d'urgence	URINE : dépistage d'urgence *
<input type="checkbox"/> Benzodiazépines <input type="checkbox"/> Antidépresseurs tricycliques	<input type="checkbox"/> Ethanol <input type="checkbox"/> Phénobarbital <input type="checkbox"/> Paracétamol <input type="checkbox"/> Salicylés	<input type="checkbox"/> Amphétamines <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Méthadone (EDDP) <input type="checkbox"/> Opiacés <input type="checkbox"/> Benzodiazépines <input type="checkbox"/> Buprénorphine <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> Barbituriques

\*dépistage = résultat qualitatif

SUIVI THERAPEUTIQUE (SANG)				
ANTIBIOTIQUES	Motif**	Dernière prise	Posologie	Mode d'administration
<input type="checkbox"/> AMIKACINE creux	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> AMIKACINE pic	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> GENTAMICINE creux	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> GENTAMICINE pic	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> VANCOMYCINE plateau	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
ANTIPILEPTIQUES	Motif**	Dernière prise	Posologie	Mode d'administration
<input type="checkbox"/> ACIDE VALPROÏQUE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> CARBAMAZEPINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> LAMOTRIGINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> PHENOBARBITAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> PHENYTOINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
AUTRES	Motif**	Dernière prise	Posologie	Mode d'administration
<input type="checkbox"/> DIGOXINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> LITHIUM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> METHOTREXATE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> THEOPHYLLINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___ / ___ à ___ h	mg x ___ /j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :

\*\* SI= Inefficacité, Inobservance SU = Surdosage ; Effets Indésirables ; Interaction médicamenteuse SV= Suivi

Traitement(s) associé(s) :

**ANALYSES TOXICOLOGIQUES 5j /7 (heures ouvrables)**

ALCOOLS (hors Ethanol) et GLYCOL (DOSAGE SANG)		
<input type="checkbox"/> Methanol	<input type="checkbox"/> Isopropanol	<input type="checkbox"/> Ethylene glycol

STUPEFIANTS (DOSAGE SANG)					
<input type="checkbox"/> Amphétamines	<input type="checkbox"/> Opiacés	<input type="checkbox"/> Cocaïne	<input type="checkbox"/> Cannabis	<input type="checkbox"/> Méthadone	<input type="checkbox"/> Buprénorphine
Un dépistage <b>urinaire préalable</b> est souhaitable de par sa <b>rapidité de rendu de résultats 24h/24</b> et il permet de <b>préserver l'échantillon sanguin</b> aux seules analyses urinaires positives.					
Les identifications urinaires sont réalisées automatiquement en cas de dépistage positif pour : Amphétamines, Opiacés, Cocaïne, Cannabis					
Toute demande de dosage sanguin non ciblée par le dépistage urinaire est susceptible d'être annulée par quantité insuffisante de sérum.					

RECHERCHE LARGE PAR SCREENING CHROMATOGRAPHIQUE (RECHERCHE QUALITATIVE)	
<input type="checkbox"/> Screening sang	<input type="checkbox"/> Screening urine
Un dépistage /dosage d'urgence <b>préalable</b> est souhaitable de par sa <b>rapidité de rendu de résultats 24h/24</b> (voir analyses toxicologiques 24H/24)	

GAMMA HYDROXY BUTYRATE (DOSAGE)	
<input type="checkbox"/> GHB sang (tube EDTA)	<input type="checkbox"/> GHB urine



**-----ANALYSES TOXICOLOGIQUES 5j /7 (heures ouvrables) suite -----**

ANTIDEPRESSEURS-NEUROLEPTIQUES	Motif**	Dernière prise	Posologie	Mode d'administration
<input type="checkbox"/> AMITRIPTYLINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> CLOMIPRAMINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> CLOZAPINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> DOXEPINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> IMIPRAMINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> MAPROTILINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> NORTRIPTYLINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> TRIMIPRAMINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
BENZODIAZEPINES	Motif**	Dernière prise	Posologie	Mode d'administration
<input type="checkbox"/> BROMAZEPAM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> CHLORDIAZEPOXIDE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> CLOBAZAM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> CLONAZEPAM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> DIAZEPAM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> NITRAZEPAM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> NORDIAZEPAM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> OXAZEPAM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :

\*\*SI= Inefficacité, Inobservance      SU = Surdosage ; Effets Indésirables ; Interaction médicamenteuse      SV= Suivi

Traitement(s) associé(s) :

**-----AUTRES MEDICAMENTS (Sous-traitance ou autre)-----**

NOMMER LE COMPOSE à rechercher /doser :

	Motif**	Dernière prise	Posologie	Mode d'administration
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SV	le ___/___ à ___ h___	_____ mg x ___/j	<input type="checkbox"/> Injectable <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre :

\*\* SI= Inefficacité, Inobservance      SU = Surdosage ; Effets Indésirables ; Interaction médicamenteuse      SV= Suivi

Traitement(s) associé(s) :

**-----COMMENTAIRES-----**