**Laboratoire de Biologie et PATHOLOGIE**

**CHU DIJON BOURGOGNE**

 **Pharmacologie-Toxicologie**

Dr P. GUERARD

Mail : pascal.guerard@chu-dijon.fr

**Tel : 03 80 29 52 05 - Fax : 03 80 29 32 94**

 **FICHE DE LIAISON POUR RECHERCHE TOXICOLOGIQUE**

 **(À envoyer avec les prélèvements au laboratoire)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM :**  |  |
| **PRENOM :**  | (ou étiquette**)** |
| **DATE DE NAISSANCE :**  |  |
| **SERVICE :**  |  |
|  **DATE et HEURE du PRELEVEMENT :**  |  |
|  **Nom des produits recherchés (médicaments, stupéfiants…) (**TRESIMPORTANT) :     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  **DATE et HEURE supposée de l’INGESTION du (des) PRODUIT(s) :**  |  |

Contexte CLinique / INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

**S’agit-il d’une :**

 **TENTATIVE DE SUICIDE** ? **[ ]**

 **INGESTION ACCIDENTELLE ?** **[ ]**

 **SUSPICION DE SURDOSAGE MEDICAMENTEUX ?** **[ ]**

 **SUSPICION DE TOXICOMANIE ?** **[ ]**

 **AUTRE (Précisez) :**

**Traitement suivi antérieurement** :

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médications administrées en milieu hospitalier** :

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nature et gravité du tableau clinique** :

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_