**Laboratoire de Biologie et PATHOLOGIE**

**CHU DIJON BOURGOGNE**

**Pharmacologie-Toxicologie**

Dr P. GUERARD

Mail : [pascal.guerard@chu-dijon.fr](mailto: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** :

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