



Coordonnées du médecin		Coordonnées du patient	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Date de naissance	
Tél :		Adresse	
		Assurance	N°
Informations générales			
Facture à envoyer <input type="checkbox"/> au médecin <input type="checkbox"/> au patient <input type="checkbox"/> autre, spécifier:			
Date et heure du prélèvement :			

**Cocher ci-dessous l'analyse que vous désirez faire réaliser**

Pour les conditions de prélèvement: milieu, moment et volume nécessaire, consulter la légende ci-dessous

**Métaux**

<input type="checkbox"/>	Aluminium	U	ApT, FS (20)
<input type="checkbox"/>	Arsenic	U	ApT, FS (20)
<input type="checkbox"/>	Béryllium	U	ApT (10)
<input type="checkbox"/>	Cadmium	U	X (10)
<input type="checkbox"/>	Chrome	U	ApT, (10)
<input type="checkbox"/>	Cobalt	U	ApT, (10)
<input type="checkbox"/>	Mercure	U	X (50)
<input type="checkbox"/>	Nickel	U	ApT, (10)
<input type="checkbox"/>	Plomb	Sg	X (1)
<input type="checkbox"/>			

**Solvants**

<input type="checkbox"/>	Benzène	Sg, U	Dir Spé
<input type="checkbox"/>	Ethylbenzène	Sg, U	Dir Spé
<input type="checkbox"/>	Propylbenzène	Sg, U	Dir Spé
<input type="checkbox"/>	Styrène	Sg, U	Dir Spé
<input type="checkbox"/>	Toluène	Sg, U	Dir Spé
<input type="checkbox"/>	Xylène	Sg, U	Dir Spé
<input type="checkbox"/>	Perchloroéthylène	Sg, U	Dir Spé
<input type="checkbox"/>	1,1,1Trichloroéthylène	Sg, U	Dir Spé
<input type="checkbox"/>	Méthanol	U	ApT (25)
<input type="checkbox"/>	Isopropanol	U	ApT (25)

**Métabolites**

<input type="checkbox"/>	Acide butoxyacétique	U	ApT (25)
<input type="checkbox"/>	Acide éthoxyacétique	U	ApT (25)
<input type="checkbox"/>	Acide formique	U	ApT (25)
<input type="checkbox"/>	Acide mandélique	U	ApT, AvT(10)
<input type="checkbox"/>	Acide méthylhippurique	U	ApT (10)
<input type="checkbox"/>	Acide phénylglyoxylique	U	ApT, AvT(10)
<input type="checkbox"/>	Acide trichloroacétique	U	ApT (25)
<input type="checkbox"/>	Méthoxy-2-propanol	U	ApT (10)
<input type="checkbox"/>	Trichloroéthanol	U	ApT (25)
<input type="checkbox"/>	Diaminodiphénylméthane	U	ApT (25)
<input type="checkbox"/>	Diaminohexane	U	ApT (25)
<input type="checkbox"/>	Diaminotoluène	U	FS (25)
<input type="checkbox"/>	o-Toluidine	U	ApT (25)

**Divers**

<input type="checkbox"/>	Fluorure	U	ApT, DS (25)
<input type="checkbox"/>	Alpha-1-antitrypsine		
<input type="checkbox"/>	Phénotype	Pl,S	X (1)
<input type="checkbox"/>	Activité	Pl,S	X (1)
<input type="checkbox"/>	Hydroxypyrene	U	Dir Spé
<input type="checkbox"/>	Créatinine	U	X (1)
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

**Légende du tableau**

U	Urine spot
Sg	Sang complet (EDTA ou Héparine)
Pl	Plasma
S	Serum
( )	Quantité minimale en ml
Dir Spé	Directives spéciales, téléphoner pour informations

AvT	Avant le travail (soit 15 heures sans exposition)
ApT	Après le travail (juste après la fin de l'exposition)
DS	Début de semaine (après 2 jours sans exposition)
FS	Fin de semaine (après 4 ou 5 jours d'exposition)
	Prélèvement effectué n'importe quand

Envoi des échantillons et renseignements : **IST, rue du Bugnon 21, CH 1011 Lausanne**

Pour toute information : Dr Michèle Berode tél. : 021.314.74.49 fax : 021.314.74.20