



COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur _____
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone _____ Télécopie _____
 E mail _____

PATIENT

Nom _____
 Nom d'épouse _____
 Prénom _____
 Né(e) le _____
 Sexe F M

SERVICE CLINIQUE

Nom du ou des _____
 Médecins _____
 prescripteurs _____
 Date de l'examen _____
 Votre référence _____
 Service/Unité _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Signes neurologiques :

Sujet : CONSCIENT INCONSCIENT
 CALME AGITE CONVULSIONS HALLUCINATIONS
Pupille : MYOSIS MYDRIASE

Troubles respiratoires :

OUI NON
 HYPOVENTILATION HYPERVENTILATION

Troubles vasculaires :

OUI NON NE SAIT PAS
 Troubles du rythme COLLAPSUS HYPOTENSION

Troubles métaboliques :

Acidose métabolique OUI NON NE SAIT PAS
 HYPOGLYCEMIE HYPERGLYCEMIE
 Hypokaliémie OUI NON
 Hypocalcémie OUI NON
 Diarrhées OUI NON
 Hypothermie OUI NON
 Hyperthermie OUI NON
 Atteinte hématologique OUI NON NE SAIT PAS
 Atteinte rénale OUI NON NE SAIT PAS
 Atteinte hépatique OUI NON NE SAIT PAS
 Suspicion de toxicomanie OUI NON NE SAIT PAS

Profession :

Médical ou Paramédical Milieu industriel Autre NE SAIT PAS

Suspicion de prise de :

OUI (à préciser) NE SAIT PAS

Heure supposée :

Traitement mis en oeuvre :

.....
 INCONNU