



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