

N°CURML
(Etiquette autocollante)

N°référence :
N°MAA :

DEMANDE D'ANALYSES : MARQUEURS DE L'ABUS D'ALCOOL

Analyses demandées par : (UMPT, USE, CTA, FVP, SAN, ...) .....

Concerne : Nom : Né(e) le :
Prénom : Sexe : M F
Adresse : Poids :
Taille :

Analyses demandées : CDT% GGT ASAT ALAT Ethylglucuronide (EtG)

Date et heure de la prise de sang (7.5 ml sang pour serum) : le ..... à .....

Date et heure de la prise d'urine (min. 10 ml) : le ..... à .....

Date et heure de la prise de cheveux (min. 30 mg) : le ..... à .....

Cheveux : Préciser un éventuel traitement cosmétique (décoloration/ coloration, permanentes, lotions capillaires,...) : .....

Lieu de l'examen : .....

Maladies

Est-ce que le patient a eu les maladies suivantes ?

- 1- Maladies du foie (hépatite, cirrhose, stéatose, jaunisse, ...). Si oui, préciser : .....
2- Autres maladies pouvant influencer la valeur de la GGT. Si oui, préciser : .....

Renseignements pour l'interprétation des analyses :

Plusieurs réponses sont possibles !

- 3- Consommation d'alcool lors des deux derniers mois : oui non en traitement pas évalué
4- Consommation de drogues lors des six derniers mois : oui non en traitement pas évalué
5- Consommation de médicaments non prescrits lors des deux derniers mois : oui non pas évalué
6- Traitement médicamenteux lors des deux derniers mois : oui non

(si oui, substance et posologie : .....

A remplir par l'UMPT :

I. Nombre de verres consommés par jour : jamais (0) 1-2 (1) 3-4 (2) 5-6 (3) 7-9 (4) 10 et plus (5)

II.A. Quelle est la fréquence de la consommation d'alcool : jamais (0) <1x/mois (1) 2-4 x/mois (2) 2-3 x/sem (3) >4x/sem (4)

II.B. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez : 1 ou 2 (0) 3 ou 4 (1) 5 ou 6 (2) 7, 8 ou 9 (3) 10 et plus (4)

II.C. Fréquence consommation 6 verres ou plus : jamais (0) <1x/mois (1) 1 x/mois (2) 1 x/sem (3) chaque jour (4)

Score total de l'AUDIT : (0 – 40)

Nom, adresse et N° téléphone du médecin/hôpital : .....

ou responsable du prélèvement : .....

Date : ..... Signature : .....

Facture à adresser à :

- patient
paiement au secrétariat
forfait
autre : .....