

Annexe 1. Fiche de renseignements pour l'interprétation des résultats des dosages d'arsenic urinaire

Prescripteur de la surveillance biologique

Nom du médecin prescripteur (ou cachet du médecin) :

Adresse :

Téléphone :

e-mail :

Date de la prescription : __ / __ / ____

Identification du préleveur de l'échantillon

Nom du préleveur :

Qualité du préleveur :

Téléphone :

e-mail :

Recueil et transport de l'échantillon

Date du prélèvement : __ / __ / ____

Heure du prélèvement : __ h __

Lieu du prélèvement : à domicile au laboratoire

Date d'envoi au laboratoire : __ / __ / ____

S'agit-il de la première miction au lever ? : OUI NON

Jour de prélèvement dans la semaine : _____

Mode de transport : la Poste transporteur coursier du laboratoire

Renseignements individuels

Nom :

Prénom :

Sexe : féminin masculin

Date de naissance : __ / __ / ____

Tabagisme : fumeur non-fumeur

Si fumeur actuel, nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement : _____

Exposition passive à la fumée de fumeurs de l'environnement familial ou professionnel : OUI NON

Lieu de séjour les 3 dernières semaines : _____

Consommation au cours des 3 derniers jours :

• Produits de la mer (poisson, coquillages, crustacés, surimi, œufs de poisson, salicorne, algues...) : OUI NON

Si oui, préciser quoi et quand : _____

• Riz : OUI NON

Si oui, préciser quand et sous quelle forme : _____

• Petits pots pour bébés : OUI NON

Si oui, préciser lesquels et quand : _____

• Légumes produits localement : OUI NON

Si oui, préciser lesquels et quand : _____

• Eau d'une source locale ou d'un puits, employée pour la boisson ou la préparation d'aliments : OUI NON

Si oui, préciser pour quoi faire et quand : _____

Comportements habituels

• Onychophagie (ongles rongés) : OUI NON

• Géophagie (consommation de terre) ou pica (consommation de matières non comestibles) : OUI NON

• Pouce sucé : OUI NON

• Autres activités (sportives, de loisirs, etc.), qui selon la personne ou sa famille ont pu l'exposer à la poussière du sol ou à la terre au cours des 3 dernières semaines : OUI NON

Si oui, préciser lesquelles et quand : _____

MERCI DE VOS RÉPONSES/ ELLES SONT TRÈS IMPORTANTES POUR QUE VOTRE MÉDECIN PUISSE INTERPRÉTER CORRECTEMENT LES RÉSULTATS DU PRÉLÈVEMENT



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Retrouvez l'intégralité de la recommandation de bonne pratique sur www.has-sante.fr