

Fiche de Renseignements accompagnant la prescription médicale, à remplir pour les analyses biologiques

Équipe de Médecine et Santé au Travail
Toxicologie Professionnelle et Environnementale
DBTP – IBP
CHU de Grenoble
CS 10217
38 043 GRENOBLE Cedex 9

Pr A. Maître, PU-PH, Responsable
Dr R. Persoons, PH
Dr D. Barbeau, AHU

Secrétariat tél 04.76.76.51.78 , fax [04.76.76.56.64](tel:04.76.76.56.64). AAugier@chu-grenoble.fr

Horaires du laboratoire - Réception des prélèvements : 8h30 - 16h30

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LES DOSAGES BIOLOGIQUES

L'entreprise

Nom de l'entreprise :
Nom du responsable :
Adresse :
.
.
Secteur d'activité :
Code NAF

La demande

Médecin du Travail: Service Médical :

.
Adresse :

Tél. :

E-Mail :

Nom – Prénom du préleveur (responsable des prélèvements sur site):
.

Qualité :

Adresse :

Tél. :

E-Mail :

Date d'envoi des prélèvements : / /

Mode d'envoi des prélèvements : La Poste Transporteur Coursier

Equipe de Médecine et Santé au Travail EPSP-TIMC (UMR 5525)
Toxicologie Professionnelle et Environnementale
Exposition aux composés minéraux et organiques

Nom : **Prénom :** **Employeur :**

Date de naissance :/...../..... **Sexe:** F M

Tabagisme : Fumeur : depuis : Nombre de cigarettes par jour :

Ancien fumeur : arrêt depuis : nombre paquets x années :

Tabagisme passif Non fumeur

Alimentation au poste : non oui

Date d'embauche dans l'entreprise : ♦ Ancienneté au poste :

Equipements de protection

Protection collective sur le poste: non oui

Aspiration/extraction/ventilation générales Aspiration à la source Hotte, sorbonne

Cabine Rideau d'air / d'eau Machine capotée autre :

Protections Respiratoires : non oui

Type de masque	Filtre anti-poussières	Cartouche anti-gaz
<input type="checkbox"/> type chirurgical	<input type="checkbox"/> P1, FFP1	<input type="checkbox"/> A(marron) <input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> filtrant ventilation libre	<input type="checkbox"/> P2, FFP2	<input type="checkbox"/> B(gris) <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> filtrant ventilation mécanique (ex: Jupiter)	<input type="checkbox"/> P3, FFP3	<input type="checkbox"/> E(jaune) <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> isolant (adduction d'air)		<input type="checkbox"/> K(vert)

Protections cutanées : Non Oui

Latex Nitrile Vinyle Néoprène Crème barrière Manutention Anti-coupure Anti-chaueur

Prélèvement de début de semaine, début de poste (J1)

Date du 1^{er} jour d'activité de la semaine :

Date du prélèvement :/...../..... **Heure du prélèvement :**h.....min

♦ Horaire de travail le jour du prélèvement :

♦ Si fumeur : nombre de cigarettes fumées les 4 heures avant la prise de poste :

Prélèvements de fin de semaine, fin de poste

Date du prélèvement :/...../..... **Heure du prélèvement :**h.....min

Horaire de travail le jour du prélèvement :

Votre activité le jour du prélèvement était : habituelle inhabituelle accidentelle

Poste de travail :

Description sommaire du travail effectué le jour du prélèvement :

Produits utilisés/Quantités :

- Si fumeur : nombre de cigarettes fumées les 4 heures avant la prise de poste :

nombre de cigarettes fumées pendant le poste :

-- Exposition la veille du prélèvement : oui : poste de travail : non

Précisez le ou les postes de travail occupés pendant la semaine des prélèvements
 (* J1 = 1^{er} jour d'activité de la semaine de travail)

J1 *	J2	J3	J4	J5	J6	J7

Equipe de Médecine et Santé au Travail EPSP-TIMC (UMR 5525)
Toxicologie Professionnelle et Environnementale Exposition aux HAP

Nom : **Prénom :** **Employeur :**

Date de naissance :/...../..... **Sexe:** F M

Tabagisme : Fumeur : depuis : Nombre de cigarettes par jour :

Ancien fumeur : arrêt depuis : nombre paquets x années :

Tabagisme passif Non fumeur

Alimentation au poste : non oui

Date d'embauche dans l'entreprise : ♦ Ancienneté au poste :

Equipements de protection

Protection collective sur le poste: non oui

Aspiration/extraction/ventilation générales Aspiration à la source Hotte, sorbonne

Cabine Rideau d'air / d'eau Machine capotée autre :

Protections Respiratoires : non oui

Type de masque	Filtre anti-poussières	Cartouche anti-gaz
<input type="checkbox"/> type chirurgical	<input type="checkbox"/> P1, FFP1	<input type="checkbox"/> A(marron) <input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> filtrant ventilation libre	<input type="checkbox"/> P2, FFP2	<input type="checkbox"/> B(gris) <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> filtrant ventilation mécanique (ex: Jupiter)	<input type="checkbox"/> P3, FFP3	<input type="checkbox"/> E(jaune) <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> isolant (adduction d'air)		<input type="checkbox"/> K(vert)

Protections cutanées : Non Oui

Latex Nitrile Vinyle Néoprène Crème barrière Manutention Anti-coupure Anti-chaueur

Prélèvement de début de semaine, début de poste (J1)

Date du 1^{er} jour d'activité de la semaine :

Date du prélèvement :/...../..... **Heure du prélèvement :**h.....min

♦ Horaire de travail le jour du prélèvement :

♦ Si fumeur : nombre de cigarettes fumées les 4 heures avant la prise de poste :

Prélèvements de fin de semaine moins 1 jour, fin de poste

Date du prélèvement :/...../..... **Heure du prélèvement :**h.....min

Horaire de travail le jour du prélèvement :

Votre activité le jour du prélèvement était : habituelle inhabituelle accidentelle

Poste de travail :

Description sommaire du travail effectué le jour du prélèvement :

Produits utilisés/Quantités :

- Si fumeur : nombre de cigarettes fumées les 4 heures avant la prise de poste :

nombre de cigarettes fumées pendant le poste :

-- Exposition la veille du prélèvement : oui : poste de travail : non

Prélèvement de fin de semaine, début de poste

Date du prélèvement :/...../..... **Heure du prélèvement :**h.....min

- Horaire de travail :

- Si fumeur : nombre de cigarettes fumées après la fin du poste de la veille :

Précisez le ou les postes de travail occupés pendant la semaine des prélèvements (* J1 = 1^{er} jour d'activité de la semaine de travail)

J1 *	J2	J3	J4	J5	J6	J7