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 : <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> au laboratoire
Date d'envoi au laboratoire : __ / __ / ____
S'agit-il de la première miction au lever ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Jour de prélèvement dans la semaine : -----
Mode de transport : <input type="checkbox"/> la Poste <input type="checkbox"/> transporteur <input type="checkbox"/> coursier du laboratoire
Renseignements individuels
Nom : -----	Prénom : -----
Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	Date de naissance : __ / __ / ____
Tabagisme : <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur
Si fumeur actuel, nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement : ____
Exposition passive à la fumée de fumeurs de l'environnement familial ou professionnel : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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...) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, préciser quoi et quand : -----
• Riz : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, préciser quand et sous quelle forme : -----
• Petits pots pour bébés : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, préciser lesquels et quand : -----
• Légumes produits localement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, préciser pour quoi faire et quand : -----
Comportements habituels
• Onychophagie (ongles rongés) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Géophagie (consommation de terre) ou pica (consommation de matières non comestibles) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Pouce sucé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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