

Personne concernée: Nom Prénom Date de naissance <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ ID-Nr	Demandeur / Adresse pour la facturation N° FTC :
---	---

Date de prélèvement: par:	Longueur des cheveux:cm
Nombre de mèches prélevées: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> rasé Cheveux restants: mm
Point de prélèvement: <input type="checkbox"/> occiput <input type="checkbox"/> vertex <input type="checkbox"/> poitrine <input type="checkbox"/> bras <input type="checkbox"/> jambe <input type="checkbox"/>	
Couleur naturelle: <input type="checkbox"/> noir <input type="checkbox"/> gris <input type="checkbox"/> brun <input type="checkbox"/> roux <input type="checkbox"/> blond foncé <input type="checkbox"/> blond moyen <input type="checkbox"/> blond clair <input type="checkbox"/>	
Traitement: <input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> coloration <input type="checkbox"/> décoloration <input type="checkbox"/> balayage <input type="checkbox"/> mèches <input type="checkbox"/> permanente <input type="checkbox"/> autre:	

Demandes: Evaluation Contrôle de l'abstinence

Analyses pour :

<input type="checkbox"/> opiacés et opioïdes	<input type="checkbox"/> EtG (éthylglucuronide)	<input type="checkbox"/> autre:
<input type="checkbox"/> stimulants et kétamine	<input type="checkbox"/> cannabinoïdes	<input type="checkbox"/> sang hépariné date de prélèvement:..... heure de prélèvement:
	<input type="checkbox"/> buprénorphine	
<input type="checkbox"/> benzodiazépines et Z-hypnotiques	<input type="checkbox"/> dexamphétamine (analyse chirale)	Analyse:

Comportement de consommation (période de la consommation, quoi et à combien de reprises)

.....

Abstinence depuis:

Segments à analyser: 1: cm à cm / 2: cm à cm / 3: cm à cm

Sur quelle période un résultat doit-il être obtenu?: semaines mois années

Date:Signature