



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

Type de dosage à réaliser (produit + milieu): .....

Entreprise : .....  
Nom du Médecin du travail : .....  
Adresse de l'entreprise : .....

Nom – Prénom du demandeur : ..... Qualité : .....  
Service du demandeur : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Date de la demande : ...../...../.....

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Sexe  féminin  masculin  
Tabac  non fumeur  passif  fumeur nb cig /j: ..  
Tabac au poste de travail :  Oui  Non  
Alimentation au poste de travail:  Oui  Non  
Exposition - le jour du prélèvement  Oui  Non  
- la veille du prélèvement  Oui  Non

Nom et qualité du préleveur : .....

Cochez les jours où ont été réalisés les prélèvements lors de la semaine de travail:  
\* J1 = 1<sup>er</sup> jour d'exposition

	Date	Horaire de travail	Heure de prélèvement	J1*	J2	J3	J4	J5	J6	J7
Début de poste										
Fin de poste										

**Activité Professionnelle**

Secteur d'activité de l'entreprise : .....

Profession : .....

Poste de travail : .....

Activité de travail (description sommaire) : .....

Produits utilisés.....

Type d'exposition  accidentelle  habituelle  inhabituelle

Protection collective sur le poste :  
Aucune  Ventilation centralisée  Aspiration localisée  Sorbonne  Cabine  Machine capotée

Protection respiratoire sur le poste :  
Aucune  Papier  Filtrant  P2  P3  Solvants  Adduction air

Protection cutanée sur le poste :  
 Aucune  Crème barrière  Manutention  Latex  Nitrile  Vinyle  Néoprène