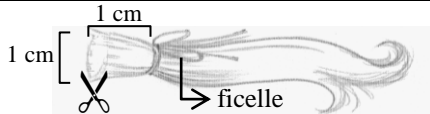


Prof. Dr Corinne CHARLIER, Chef de Service, Expert, CHU de Liège

Tél. 04/366.88.18 – Fax 04/366.88.89 – GSM 0477/26.55.28 – e-mail : C.Charlier@chu.ulg.ac.be
Dr Raphaël DENOZ, Pharmacien Biologiste, Chef de Laboratoire, Expert, CHU de Liège

Tél. 04/366.88.16 – Fax 04/366.88.89 – GSM 0498/75.70.94 – e-mail : Raphaël.Denoos@chu.ulg.ac.be

DEMANDE D'ANALYSES TOXICOLOGIQUES		N° enregistrement labo :
Prélèvements effectués par le Dr		
Date :	Heure :	Signature :
<u>RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE</u>		<u>MAGISTRAT REQUERANT</u>
NOM :		NOM : Mr / Mme
PRENOM :		Fonction : JI / PR / 1 ^{er} SPR / SPR
Date de naissance :		Parquet :
SEXE : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N° NOTICE :
Lien avec dossier en cours :		N° DOSSIER:
<input type="checkbox"/> <u>PERSONNE VIVANTE</u>	<input type="checkbox"/> <u>PERSONNE DECEDÉE</u>	
Contexte de la demande d'exams :	<u>Prélèvement :</u>	
	<input type="checkbox"/> Lors de l'examen extérieur <input type="checkbox"/> Lors de l'autopsie <input type="checkbox"/> Après exhumation	
	<input type="checkbox"/> Découverte du cadavre	Date : Heure :
	<input type="checkbox"/> Décès supposé	Date : Heure :
Délai entre faits et prélèvements :	<u>Circonstances du décès :</u>	
	<input type="checkbox"/> Incendie <input type="checkbox"/> Arme blanche <input type="checkbox"/> Arme à feu	
	<input type="checkbox"/> Médicaments et/ou stupéfiants	<input type="checkbox"/> Pendaison
	<input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/> Médicaments et/ou toxiques trouvés sur les lieux :		
<input type="checkbox"/> Traitement médicamenteux connu :		
<input type="checkbox"/> Toxicomanie(s) :		
OBSERVATIONS		
PRELEVEMENTS		
Nature		Quantité souhaitée
<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> cardiaque	2 x 10 ml de sang avec et sans NaF
	<input type="checkbox"/> périphérique	2 x 10 ml de sang avec et sans NaF 10 ml (seringue type gaz du sang pour produits volatils)
<input type="checkbox"/> Urine		30 à 50 ml
<input type="checkbox"/> Bile		10 ml
<input type="checkbox"/> Contenu gastrique	<input type="checkbox"/> Cerveau	10 g
<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> Poumon	10 g
<input type="checkbox"/> Rein	<input type="checkbox"/> Coeur	10 g
<input type="checkbox"/> Cheveux <i>Couper au ras du scalp à la partie supérieure de la région occipitale</i>		
<input type="checkbox"/> Muscle squelettique		30 à 50 g
<input type="checkbox"/> Humeur vitrée : prélèvement particulièrement adapté pour glycémie si soupçon injection insuline		
<input type="checkbox"/> Autres :		
<u>EXAMENS DEMANDES :</u>		

Prof. Dr Corinne CHARLIER, Chef de Service, Expert, CHU de Liège

Tél. 04/366.88.18 – Fax 04/366.88.89 – GSM 0477/26.55.28 – e-mail : C.Charlier@chu.ulg.ac.be
Pharm. Isabelle RENAUX-MUYLKENS, DES en toxicologie, Expert, Laboratoire RENAUX – Site Charleroi

Tél. 071/32.91.25 – Fax 071/47.07.25 – GSM 0472/88.60.93 – e-mail : isabelle.muylkens@chu.ulg.ac.be
Dr Raphaël DENOZ, Pharmacien Biologiste, Chef de Laboratoire, Expert, CHU de Liège

Tél. 04/366.88.16 – Fax 04/366.88.89 – GSM 0498/75.70.94 – e-mail : Raphaël.Denoz@chu.ulg.ac.be
DEMANDE D'ANALYSES TOXICOLOGIQUES
N° enregistrement labo :
Prélèvements effectués par le Dr

Date : _____ Heure : _____ Signature : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

SEXE : M F

Lien avec dossier en cours : _____

MAGISTRAT REQUERANT

NOM : Mr / Mme

Fonction : JI / PR / 1^{er} SPR / SPR

Parquet : _____

N° NOTICE : _____

N° DOSSIER: _____

 PERSONNE VIVANTE

Contexte de la demande d'examens : _____

Délai entre faits et prélèvements : _____

 PERSONNE DECEDÉE
Prélèvement :
 Lors de l'examen extérieur Lors de l'autopsie Après exhumation

 Découverte du cadavre

Date : _____ Heure : _____

 Décès supposé

Date : _____ Heure : _____

Circonstances du décès :
 Incendie Arme blanche

 Arme à feu

 Médicaments et/ou stupéfiants

 Pendoison


 Autres : _____

 Médicaments et/ou toxiques trouvés sur les lieux : _____

 Traitement médicamenteux connu : _____

 Toxicomanie(s) : _____

PRELEVEMENTS

Nature		Quantité souhaitée
<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> cardiaque	2 x 10 ml de sang avec et sans NaF
	<input type="checkbox"/> périphérique	2 x 10 ml de sang avec et sans NaF 10 ml (seringue type gaz du sang pour produits volatils)
<input type="checkbox"/> Urine		30 à 50 ml
<input type="checkbox"/> Bile		10 ml
<input type="checkbox"/> Contenu gastrique	<input type="checkbox"/> Cerveau	10 à 30 g
<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> Poumon	10 à 30 g
<input type="checkbox"/> Rein	<input type="checkbox"/> Coeur	10 à 30 g
<input type="checkbox"/> Cheveux <i>Couper au ras du scalp à la partie supérieure de la région occipitale</i>		
<input type="checkbox"/> Muscle squelettique		10 à 30 g

 Humeur vitrée : prélèvement particulièrement adapté pour glycémie si soupçon injection insuline

Autres : _____

Observations :
Examens demandés :