|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**  (Toute absence peut entrainer un délai dans la prise en charge de la demande) |
| |  |  | | --- | --- | | **N° de devis :** | …………………. | | **Votre N° de commande :** | …………………. |   **FACTURATION :**  Entreprise : Contact :  Adresse : Téléphone :  **E-mail :** |
| **DESTINATAIRE DES RESULTATS (Médecin Travail ou Prescripteur) :**  Nom : Téléphone :  Adresse : **E-mail :**  Zeendoc : OUI NON Compte :  Date prescription : |
| **SALARIE** (privilégier une saisie informatique)  **Nom : Date de naissance :**  **Prénom : Sexe : M  F**  Nom Entreprise : |
| **Prélèvement** Prélevé par :  **Date et heure de prélèvement : ………/………/……… .………h……….**  **Analyses à réaliser :  Sang  Urine** |
| **Heure de début de poste :** .............H............ **Heure de fin de poste** : .................H.............  **Fumeur :** OUI  NON  Vapoteur  **Cigarettes fumées les 12 heures avant recueil** : <F5 F5-10  F10->F20  **Gants :** OUI NON NEUFS USAGES Marque et référence :  **Masque :** OUI NON NEUFS USAGES Marque et référence :  **Protection collective :** Extraction générale : OUI NON  Extraction au poste : OUI NON  **Tenue travail** : Changée ce jour  Portée depuis plusieurs jours |
| **Métier / Secteur d’activité : Années à ce poste :** ……………  **Lieu d’exposition :** …………….  **Tâches réalisées le jour du prélèvement : Produits utilisés :** ……………….  **Procédé :**  **Description des tâches de la veille :** |