

## ANNEXE I

PROCÉDURE	
<p style="text-align: center; margin: 0;">OFFICIER OU AGENT DE POLICE JUDICIAIRE</p> <p>Procédure n° : _____</p> <p>NOM : _____</p> <p>Prénoms : _____</p> <p>Grade : _____</p> <p>Lieu de dépistage : _____</p> <p>Date : _____ à _____ heure(s) _____</p> <p>Signature : _____</p>	<h2 style="margin: 0;">FICHE « D »</h2> <p style="margin: 10px 0 0 0;">VÉRIFICATIONS CONCERNANT LES STUPÉFIANTS</p> <p style="margin: 0 0 0 0;">RÉSULTATS DES ÉPREUVES DE DÉPISTAGE</p>
PERSONNE CONCERNÉE	
<p>NOM : _____</p> <p>Prénoms : _____</p> <p>Date de naissance : _____ Sexe : _____</p> <p>Lieu de naissance : _____ Département de naissance : _____</p> <p>Nationalité : _____</p> <p>Profession : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code postal : _____ Ville : _____</p>	
NATURE DES FAITS	
<p>Date et heure des faits : Date : _____ à _____ heure(s) _____</p> <p>1 - La personne soupçonnée d'avoir commis le délit de conduite sous l'influence de stupéfiants <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p>2 - L'auteur d'une infraction à la police de la circulation routière <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p>3 - Le conducteur d'un véhicule en état d'ivresse ou sous l'empire d'un état alcoolique <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p>4 - Le conducteur d'un véhicule impliqué dans un accident de la circulation <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p>Description sommaire des faits - <i>Circonstances et éventuellement descriptions jugées utiles par les enquêteurs.</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Dépistage salivaire : <input type="checkbox"/> Non effectué</p> <p><input type="checkbox"/> Refusé</p> <p><input type="checkbox"/> Impossible (préciser) : _____</p> <p>_____</p>	<p>Dépistage salivaire: <input type="checkbox"/> Effectué</p> <p><input type="checkbox"/> Négatif</p> <p><input type="checkbox"/> Positif</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Cannabiniques <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Cocaïniques</span></p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Amphétaminiques <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Opiacés</span></p>
PRÉLÈVEMENT SANGUIN EN PRÉSENCE DE L'AUTORITÉ REQUÉRANTE	
<p style="text-align: center; margin: 0;">MÉDECIN EXAMINATEUR</p> <p>NOM : _____</p> <p>Prénoms : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Lieu de prélèvement : _____</p> <p>Volume de sang prélevé : _____ Date : _____ à _____ heure(s) _____</p> <p>Signature : _____</p>	