

## ANNEXE II

| Nom et adresse du médecin examinateur   |  | RECHERCHE DE L'ETAT ALCOOLIQUE<br><b>FICHES « B » et « C »</b>   |   | Nom et prénom de la personne examinée   |  |
|---|--|--|---|---|--|
| Signature :   |  | Date et heure des faits<br>JOUR MOIS ANNEE HEURE MINUTE  |   | Date de naissance   |  |
| <b>FICHE « B » EXAMEN CLINIQUE</b> (s'il n'a pu être effectué, motif : _____)   |  |  |   |   |  |
| Réveillé à _____ heures _____ minutes   |  | TENSION ARTERIELLE<br>Hyper Oui <input type="checkbox"/> 22<br>Non <input type="checkbox"/> 23   |   | CONSTITUTION<br>PHYSIQUE<br>Maigre <input type="checkbox"/> 34<br>Normal <input type="checkbox"/> 35<br>Obèse <input type="checkbox"/> 36   |  |
| ETAT DE CHOC<br>Oui <input type="checkbox"/> 1<br>Non <input type="checkbox"/> 2  |  | INGESTION DU JOUR<br>Ingestion de médicaments Non <input type="checkbox"/> 24<br>Oui <input type="checkbox"/> 25<br>Si oui, lesquels :   |   | LESIONS<br>Indemne <input type="checkbox"/> 37<br>Contusions <input type="checkbox"/> 38<br>Blessures <input type="checkbox"/> 39<br>Si contusions ou blessures, lesquelles :   |  |
| EXPLICATIONS<br>Claires <input type="checkbox"/> 3<br>Embrouillées <input type="checkbox"/> 4<br>Répétitives <input type="checkbox"/> 5<br>Incohérentes <input type="checkbox"/> 6  |  | ANTECEDENTS<br>Néant <input type="checkbox"/> 7<br>Traumatismes crâniens <input type="checkbox"/> 8<br>Épilepsie <input type="checkbox"/> 9<br>Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> 10<br>Diabète <input type="checkbox"/> 11<br>Troubles mentaux <input type="checkbox"/> 12<br>Gastrectomie <input type="checkbox"/> 13<br>Polyaccidenté <input type="checkbox"/> 14 |   | VISAGE<br>Normal <input type="checkbox"/> 40<br>Pâle <input type="checkbox"/> 41<br>Rouge <input type="checkbox"/> 42<br>Vultueux <input type="checkbox"/> 43<br>Terreux <input type="checkbox"/> 44<br>Subictérique <input type="checkbox"/> 45<br>Varicosités <input type="checkbox"/> 46   |  |
| BOISSONS HABITUELLES AU REPAS<br>Eau <input type="checkbox"/> 15<br>Vin <input type="checkbox"/> 16<br>Cidre <input type="checkbox"/> 17<br>Bière <input type="checkbox"/> 18<br>Autres <input type="checkbox"/> 19                 |  | BOISSONS HABITUELLES AU REPAS<br>Eau <input type="checkbox"/> 15<br>Vin <input type="checkbox"/> 16<br>Cidre <input type="checkbox"/> 17<br>Bière <input type="checkbox"/> 18<br>Autres <input type="checkbox"/> 19  |   | REGARD<br>Normal <input type="checkbox"/> 47<br>Anormal <input type="checkbox"/> 48<br>Voilé <input type="checkbox"/> 49<br>Brillant <input type="checkbox"/> 50  |  |
| HALEINE<br>Normale <input type="checkbox"/> 20<br>Caractéristique <input type="checkbox"/> 21   |  | BOISSONS HABITUELLES AU REPAS<br>Eau <input type="checkbox"/> 15<br>Vin <input type="checkbox"/> 16<br>Cidre <input type="checkbox"/> 17<br>Bière <input type="checkbox"/> 18<br>Autres <input type="checkbox"/> 19  |   | CONJONCTIVES<br>Normales <input type="checkbox"/> 51<br>Injectées <input type="checkbox"/> 52<br>Subictériques <input type="checkbox"/> 53  |  |
|   |  | BOISSONS HABITUELLES AU REPAS<br>Eau <input type="checkbox"/> 15<br>Vin <input type="checkbox"/> 16<br>Cidre <input type="checkbox"/> 17<br>Bière <input type="checkbox"/> 18<br>Autres <input type="checkbox"/> 19  |   | LANGUE<br>Normale <input type="checkbox"/> 54<br>Saburrale <input type="checkbox"/> 55  |  |
|   |  | BOISSONS HABITUELLES AU REPAS<br>Eau <input type="checkbox"/> 15<br>Vin <input type="checkbox"/> 16<br>Cidre <input type="checkbox"/> 17<br>Bière <input type="checkbox"/> 18<br>Autres <input type="checkbox"/> 19  |   | EQUILIBRE<br>Se tient debout Oui <input type="checkbox"/> 56<br>Non <input type="checkbox"/> 57   |  |
|   |  | BOISSONS HABITUELLES AU REPAS<br>Eau <input type="checkbox"/> 15<br>Vin <input type="checkbox"/> 16<br>Cidre <input type="checkbox"/> 17<br>Bière <input type="checkbox"/> 18<br>Autres <input type="checkbox"/> 19  |   | MARCHE NORMALE EN LIGNE DROITE<br>Yeux ouverts Oui <input type="checkbox"/> 58<br>Non <input type="checkbox"/> 59<br>Yeux fermés Non <input type="checkbox"/> 60<br>Oui <input type="checkbox"/> 61<br>Demi-tour normal Non <input type="checkbox"/> 62<br>Oui <input type="checkbox"/> 63  |  |
|   |  | BOISSONS HABITUELLES AU REPAS<br>Eau <input type="checkbox"/> 15<br>Vin <input type="checkbox"/> 16<br>Cidre <input type="checkbox"/> 17<br>Bière <input type="checkbox"/> 18<br>Autres <input type="checkbox"/> 19  |   | ROMBERG SENSIBILISE<br>Sujet debout sur une jambe, l'autre levée, mains au corps, yeux fermés durant 5 secondes au moins<br>Appuyé sur la jambe, le sujet reste immobile D <input type="checkbox"/> 64<br>G <input type="checkbox"/> 65<br>Avec mouvements bras, tronc D <input type="checkbox"/> 66<br>G <input type="checkbox"/> 67<br>Ne peut tenir la position D <input type="checkbox"/> 68<br>G <input type="checkbox"/> 69 |  |
|   |  | BOISSONS HABITUELLES AU REPAS<br>Eau <input type="checkbox"/> 15<br>Vin <input type="checkbox"/> 16<br>Cidre <input type="checkbox"/> 17<br>Bière <input type="checkbox"/> 18<br>Autres <input type="checkbox"/> 19  |   | REFLEXES TENDINEUX<br>Normaux Achille <input type="checkbox"/> 70<br>Rotule <input type="checkbox"/> 71<br>Exagérés Achille <input type="checkbox"/> 72<br>Rotule <input type="checkbox"/> 73<br>Diminués Achille <input type="checkbox"/> 74<br>Rotule <input type="checkbox"/> 75<br>Abolis Achille <input type="checkbox"/> 76<br>Rotule <input type="checkbox"/> 77   |  |
|   |  | BOISSONS HABITUELLES AU REPAS<br>Eau <input type="checkbox"/> 15<br>Vin <input type="checkbox"/> 16<br>Cidre <input type="checkbox"/> 17<br>Bière <input type="checkbox"/> 18<br>Autres <input type="checkbox"/> 19  |   | TREMBLEMENTS<br>Bouche Oui <input type="checkbox"/> 78<br>Non <input type="checkbox"/> 79<br>Langue Oui <input type="checkbox"/> 80<br>Non <input type="checkbox"/> 81<br>Extrémités Oui <input type="checkbox"/> 82<br>Non <input type="checkbox"/> 83   |  |
| <b>PRELEVEMENT SANGUIN</b> en présence de l'autorité requérante   |  |  |   |   |  |
| Prélèvement effectué le<br>JOUR MOIS ANNEE HEURE MINUTE   |  | Prélèvement non effectué au motif de :   |   |   |  |
| Sur les lieux <input type="checkbox"/> 84<br>Dans un local de service <input type="checkbox"/> 85<br>Au cabinet du médecin <input type="checkbox"/> 86<br>Hôpital ou clinique <input type="checkbox"/> 87                           |  | Signature du médecin et observations (cochez d'une croix la case numérotée correspondant au signe relevé) :  |   |   |  |
| Volume recueilli<br>Tube I _____ ml Tube II _____ ml  |  |  |   |   |  |
| <b>FICHE « C » ANALYSE DE SANG</b> (méthode utilisée : _____)   |  |  |   |   |  |
| <b>TUBE I</b>   |  |  | <b>TUBE II</b>  |   |  |
| Je soussigné (nom) (fonction) _____<br>Certifie avoir reçu l'échantillon le JOUR MOIS ANNEE HEURE MINUTE _____<br>État du scellé : _____<br>Volume de l'échantillon utilisé : _____ ml<br>Date et signature _____<br>Observations : |  |  | Je soussigné (nom) (fonction) _____<br>Certifie avoir reçu l'échantillon le JOUR MOIS ANNEE HEURE MINUTE _____<br>État du scellé : _____<br>Volume de l'échantillon utilisé : _____ ml<br>Date et signature _____<br>Observations : |   |  |
| <b>Résultats</b><br>Je soussigné (nom) (fonction) _____<br>Certifie que le sang analysé renferme une teneur en alcool de _____ g/l<br>Date et signature _____<br>Observations :   |  |  | <b>Résultats</b><br>Je soussigné (nom) (fonction) _____<br>Certifie que le sang analysé renferme une teneur en alcool de _____ g/l<br>Date et signature _____<br>Observations :   |   |  |