

ANNEXE II

MÉDECIN EXAMINATEUR		FICHE «E»		PERSONNE CONCERNÉE	
NOM : _____ Prénoms : _____ Adresse : _____ _____ Signature : _____		VÉRIFICATIONS CONCERNANT LES STUPÉFIANTS RÉSULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE et MÉDICAL		NOM : _____ Prénoms : _____ Date de naissance : _____	
CETTE FICHE NE DOIT ÊTRE REMPLIE QUE LORSQUE LES ÉPREUVES DE DÉPISTAGE SE RÉVÈLENT POSITIVES OU SONT REFUSÉES					
EXAMEN CLINIQUE		Jour : _____ Date : _____ à _____ heure(s) _____ (n'a pu être effectué) Motif : _____			
État de choc : Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Vin <input type="checkbox"/> 23 Cidre <input type="checkbox"/> 24 Bière <input type="checkbox"/> 25 Autres <input type="checkbox"/> 26	Évolution au cours de l'examen : Se calme progressivement <input type="checkbox"/> 50 État constant <input type="checkbox"/> 51 Aggravation <input type="checkbox"/> 52	Équilibre debout : 9 mm O.D. <input type="checkbox"/> 79  O.G. <input type="checkbox"/> 80 8,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 81  O.G. <input type="checkbox"/> 82 8 mm O.D. <input type="checkbox"/> 83  O.G. <input type="checkbox"/> 84 7,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 85  O.G. <input type="checkbox"/> 86 7 mm O.D. <input type="checkbox"/> 87  O.G. <input type="checkbox"/> 88 6,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 89  O.G. <input type="checkbox"/> 90 6 mm O.D. <input type="checkbox"/> 91  O.G. <input type="checkbox"/> 92 5,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 93  O.G. <input type="checkbox"/> 94 5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 95  O.G. <input type="checkbox"/> 96 4,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 97  O.G. <input type="checkbox"/> 98 4 mm O.D. <input type="checkbox"/> 99  O.G. <input type="checkbox"/> 100 3,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 101  O.G. <input type="checkbox"/> 102 3 mm O.D. <input type="checkbox"/> 103  O.G. <input type="checkbox"/> 104 2,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 105  O.G. <input type="checkbox"/> 106 2 mm O.D. <input type="checkbox"/> 107  O.G. <input type="checkbox"/> 108 1,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 109  O.G. <input type="checkbox"/> 110 1 mm O.D. <input type="checkbox"/> 111  O.G. <input type="checkbox"/> 112		
Lésions : Oui <input type="checkbox"/> 3 Indemne Non <input type="checkbox"/> 4	Préciser : _____ Stupéfiants illicites : Absorption récente de stupéfiants, <i>d'après la personne concernée :</i> Oui <input type="checkbox"/> 27 Non <input type="checkbox"/> 28 Consommations habituelles (préciser les produits) _____	Équilibre debout : Sur <input type="checkbox"/> 53 Vacillant <input type="checkbox"/> 54 Impossible <input type="checkbox"/> 55			
Antécédents : Néant <input type="checkbox"/> 5 Traumatisme crânien <input type="checkbox"/> 6 Épilepsie <input type="checkbox"/> 7 H.T.A. <input type="checkbox"/> 8 Diabète <input type="checkbox"/> 9 Troubles mentaux <input type="checkbox"/> 10 Gastrectomie <input type="checkbox"/> 11 Polyaccidenté <input type="checkbox"/> 12 Traitements neuropsychiques : Oui <input type="checkbox"/> 13 Non <input type="checkbox"/> 14 Préciser : _____	Haleine : Normale <input type="checkbox"/> 29 Alcoolisée <input type="checkbox"/> 30	Marche talons - pointes : Normale <input type="checkbox"/> 56 Légèrement titubant <input type="checkbox"/> 57 Nettement titubant <input type="checkbox"/> 58 Impossible <input type="checkbox"/> 59			
Stupéfiants médicalement prescrits : Vérifier : Oui <input type="checkbox"/> 15 Non <input type="checkbox"/> 16 Préciser : _____ Anesthésie dans les 24 heures ? Oui <input type="checkbox"/> 17 Non <input type="checkbox"/> 18 Nature de l'anesthésique : _____ Sevrage récent (quel que soit le produit) : <input type="checkbox"/> 19 Nature du ou des produits : _____ Date dernière prise : _____	Comportement général : Normal <input type="checkbox"/> 31 Ralenti <input type="checkbox"/> 32 Somnolent <input type="checkbox"/> 33 Agité <input type="checkbox"/> 34 Délirant <input type="checkbox"/> 35 Inadapté <input type="checkbox"/> 36	Demi - tour : Normal <input type="checkbox"/> 60 Hésitant <input type="checkbox"/> 61 Difficile <input type="checkbox"/> 62 Impossible <input type="checkbox"/> 63			
Consommations : Alcool : Absorption d'alcool dans les 3 dernières heures, d'après la personne concernée : Oui <input type="checkbox"/> 20 Non <input type="checkbox"/> 21 Boissons habituelles aux repas : Eau <input type="checkbox"/> 22	État psychique : Normal <input type="checkbox"/> 37 Agressif <input type="checkbox"/> 38 Dépressif <input type="checkbox"/> 39 Anxieux <input type="checkbox"/> 40 Euphorique <input type="checkbox"/> 41	Doigts - Nez : Normal <input type="checkbox"/> 64 Hésitant <input type="checkbox"/> 65 Difficile <input type="checkbox"/> 66 Impossible <input type="checkbox"/> 67			
	Langage : Normal <input type="checkbox"/> 42 Bavard <input type="checkbox"/> 43 Pâteux <input type="checkbox"/> 44 Incohérent <input type="checkbox"/> 45 Mutisme <input type="checkbox"/> 46	Nystagmus horizontal : Aucun <input type="checkbox"/> 68 Spontané <input type="checkbox"/> 69 A 30 <input type="checkbox"/> 70 A 60 <input type="checkbox"/> 71 En regard latéral extrême <input type="checkbox"/> 72			
	Orientation temporo-spatiale : Normale <input type="checkbox"/> 47 Incertaine <input type="checkbox"/> 48 Incohérente <input type="checkbox"/> 49	Tremblements extrémités : Oui <input type="checkbox"/> 73 Non <input type="checkbox"/> 74			
		Conjonctives : Normales <input type="checkbox"/> 75 Larmoyantes humides <input type="checkbox"/> 76 Injectées <input type="checkbox"/> 77 Pâles <input type="checkbox"/> 78			
		Observations : _____			
			Réactivité à la lumière / obscurité : Normale <input type="checkbox"/> 113 Pas de dilatation à l'obscurité <input type="checkbox"/> 114 Pas de contraction à la lumière <input type="checkbox"/> 115		
			Paramètres généraux : Poids : _____ Taille : _____ PA couché : _____ PA debout : _____ FC début examen : _____ FC fin examen : _____ Température : _____		