

PATIENT	
Nom (3 premières lettres) : _ _ _	Prénom :
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Sexe : <input type="checkbox"/> _1 Homme <input type="checkbox"/> _2 Femme
Département du lieu de travail : _ _	Code NAF employeur (NAF 2008) : _ _ _ _ _
Statut de l'employeur : <input type="checkbox"/> _1 Privé <input type="checkbox"/> _2 Public	Entreprise en sous-traitance ? <input type="checkbox"/> _1 Oui <input type="checkbox"/> _2 Non
Effectif de l'entreprise : <input type="checkbox"/> _1 ≤ 9 <input type="checkbox"/> _2 10 à 49 <input type="checkbox"/> _3 50 à 499 <input type="checkbox"/> _4 ≥ 500	
Profession :	
Secteur d'activité de l'entreprise :	
Tâche (ou poste de travail) ayant motivé la prescription :	
Classification professionnelle ou qualification :	
<input type="checkbox"/> _1 Manœuvre ou ouvrier spécialisé <input type="checkbox"/> _2 Ouvrier qualifié ou hautement qualifié ou technicien d'atelier <input type="checkbox"/> _3 Agent de maîtrise <input type="checkbox"/> _4 Directeur général ou adjoint direct au directeur <input type="checkbox"/> _5 Technicien, dessinateur, VRP <input type="checkbox"/> _6 Instituteur, assistante sociale, infirmière et autres personnels de catégorie B de la fonction publique <input type="checkbox"/> _7 Ingénieur ou cadre <input type="checkbox"/> _8 Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique <input type="checkbox"/> _9 Employé de bureau, de commerce, agent de service, aide-soignante, gardienne d'enfants, personnel de catégories C ou D de la fonction publique <input type="checkbox"/> _0 Autres	
Statut du salarié :	<input type="checkbox"/> _1 CDI <input type="checkbox"/> _2 CDD <input type="checkbox"/> _3 Intérimaire
Motif dosage plombémie :	<input type="checkbox"/> _1 Surveillance systématique <input type="checkbox"/> _2 Surveillance exceptionnelle (incident, après éviction...)
PRESCRIPTEUR	
Nom :	<i>Signature et tampon du prescripteur</i>
Institution/service :	
Adresse :	
Tel. :	
Date prescription : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Date prescription précédente : _ _ / _ _ / _ _ _ _

DOSAGE	
Nom laboratoire doseur :	
Adresse laboratoire doseur :	
Date dosage : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Résultat dosage : <input type="checkbox"/> _1 µg/l <input type="checkbox"/> _2 µmol/l

A retourner à InVS-DST - Plombémies professionnelles

Par fax : 01 80 53 92 14

Par courrier : 12 rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex