

**Surveillance des Intoxications au MONOXYDE DE CARBONE  
Formulaire A «ALERTE »**

**Nom et coordonnées du déclarant :**

.....  
.....

**◇ Date et heure de la constatation de l'intoxication ou de la situation dangereuse :**

|\_\_| |\_\_| |\_\_| (jj/mm/aaaa) **Heure** \_\_ h \_\_mm

**◇ Lieu de survenue de l'intoxication ou de la situation dangereuse :**

Nom de l'occupant : ..... Téléphone : .....

Nom de la Résidence/Entreprise/Lieu public : .....

N° ..... Voie : .....

Bâtiment : ..... Escalier : ..... Etage : ..... Code Postal : ..... Commune : .....

Lieu de survenue de l'intoxication	
Habitat	<input type="checkbox"/>
Etablissement recevant du public	<input type="checkbox"/>
Milieu Professionnel	<input type="checkbox"/>
Inconnu	<input type="checkbox"/>
Autre, Préciser :	
.....	
.....	

Type d'intoxication suspectée	
Appareil/Installation domestique en cause	<input type="checkbox"/>
Moteur thermique	<input type="checkbox"/>
Véhicule	<input type="checkbox"/>
Accident de travail	<input type="checkbox"/>
Acte Volontaire	<input type="checkbox"/>
Inconnu	<input type="checkbox"/>
Autre, Préciser (Incendie, tabagisme...) :	
.....	

Précisions sur la cause de l'intoxication : .....  
.....

Critères utilisés par le déclarant (cocher chacun des critères qui ont été utilisés) :	
<b>Critères Sanitaires</b>	
Signes cliniques évocateurs <input type="checkbox"/>	Dosage sanguin au laboratoire Résultat * : _____ ml/100ml ou _____ ml/L Ou _____ %HbCO ou _____ mmoles/L
Mesure de l'imprégnation au CO (CO expiré ou CO-oxymètre de pouls) Résultat* : _____ ppm Ou _____ %HbCO	
<b>Critères environnementaux</b>	
Mesure du CO atmosphérique <input type="checkbox"/>	
Par détecteur fixe <input type="checkbox"/> Niveau maximum enregistré : _____ ppm	Par détecteur portatif <input type="checkbox"/> Mesure * : _____ ppm
<b>Aucun critère</b>	
Aucun critère de signalement <input type="checkbox"/>	

\* Remarque : si plusieurs mesures dans l'air expiré ou dosages, noter ici la valeur la plus élevée

**Surveillance des Intoxications au MONOXYDE DE CARBONE  
Formulaire A «ALERTE »**

**Nombre d'intoxiqués potentiels :**

**Personnes conduites aux urgences hospitalières : OUI  NON  NSP  Nombre :**

**Personnes dirigées vers un caisson d'O2 hyperbare : OUI  NON  NSP  Nombre :**

**Personnes hospitalisées : OUI  NON  NSP  Nombre :**

**Personnes décédées : OUI  NON  NSP  Nombre :**

**Les données suivantes ne seront pas conservées à la clôture de l'affaire :**

PATIENTS	ORIENTATION
Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... Sexe : ..... Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> Décédé sur les lieux <input type="checkbox"/> Transporté à l'hôpital de ..... <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Service de réanimation <input type="checkbox"/> Caisson hyperbare <input type="checkbox"/> Autre service : Préciser : .....
Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... Sexe : ..... Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> Décédé sur les lieux <input type="checkbox"/> Transporté à l'hôpital de ..... <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Service de réanimation <input type="checkbox"/> Caisson hyperbare <input type="checkbox"/> Autre service : Préciser : .....
Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... Sexe : ..... Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> Décédé sur les lieux <input type="checkbox"/> Transporté à l'hôpital de ..... <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Service de réanimation <input type="checkbox"/> Caisson hyperbare <input type="checkbox"/> Autre service : Préciser : .....
Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... Sexe : ..... Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> Décédé sur les lieux <input type="checkbox"/> Transporté à l'hôpital de ..... <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Service de réanimation <input type="checkbox"/> Caisson hyperbare <input type="checkbox"/> Autre service : Préciser : .....
Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... Sexe : ..... Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> Décédé sur les lieux <input type="checkbox"/> Transporté à l'hôpital de ..... <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Service de réanimation <input type="checkbox"/> Caisson hyperbare <input type="checkbox"/> Autre service : Préciser : .....
Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... Sexe : ..... Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> Décédé sur les lieux <input type="checkbox"/> Transporté à l'hôpital de ..... <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Service de réanimation <input type="checkbox"/> Caisson hyperbare <input type="checkbox"/> Autre service : Préciser : .....
Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... Sexe : ..... Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> Décédé sur les lieux <input type="checkbox"/> Transporté à l'hôpital de ..... <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Service de réanimation <input type="checkbox"/> Caisson hyperbare <input type="checkbox"/> Autre service : Préciser : .....
Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... Sexe : ..... Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> Décédé sur les lieux <input type="checkbox"/> Transporté à l'hôpital de ..... <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Service de réanimation <input type="checkbox"/> Caisson hyperbare <input type="checkbox"/> Autre service : Préciser : .....
AUTRES INFORMATIONS UTILES :	