

Affaire n° _____

✂----- A découper à la clôture de l'affaire.

SURVEILLANCE DES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE
FORMULAIRE B « INTOXIQUE »

2/2

DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE

- Mise sous Oxygénothérapie normobare OUI NON
Durée totale ONB : _____ heures (si 1h30mn noter 1,5h)
- Passage en caisson d'O2 hyperbare OUI NON
Nombre de séances _____

❖ **Y a-t-il eu mesure de l'imprégnation au CO du patient ?** OUI NON NSP

Si oui, compléter ci-dessous :

	Résultat	Prélèvement réalisé avant /après mise sous O2
Air expiré <input type="checkbox"/>	_____ ppm*	Avant mise sous O2 <input type="checkbox"/> Après mise sous O2 <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
CO-oxymètre digital	_____ % HbCO*	Avant mise sous O2 <input type="checkbox"/> Après mise sous O2 <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Dosage sanguin <input type="checkbox"/>	_____ % HbCO* ou _____ ml/100ml* ou _____ ml/L* ou _____ mmoles/L*	Avant mise sous O2 <input type="checkbox"/> Après mise sous O2 <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>

* si plusieurs mesures réalisées, noter la valeur la plus élevée

❖ **Précisions complémentaires sur le ou les établissements d'accueil en cas de recours hospitalier ou de passage en caisson**

- **Premier établissement ayant reçu la personne ou vers lequel la personne a été initialement dirigée :**
Nom de cet établissement _____ numéro INSEE commune _____
- La personne est-elle passée par un service d'urgences hospitalier ? OUI NON NSP
- La personne a-t-elle été admise en hospitalisation ? OUI NON NSP
 - Si oui, quelle a été son évolution 24 heures après son hospitalisation
Resté(e) à l'hôpital Rentré(e) au domicile Décédé(e)

DIAGNOSTIC DE CONCLUSION

❖ **Le diagnostic d'intoxication au CO a été confirmé médicalement :** OUI NON NSP

A LA CLOTURE DU VOLET MEDICAL

❖ **Avez-vous rempli un formulaire pour tous les intoxiqués avérés et suspectés lors du signalement ?**
OUI NON NSP

➤ Si non, pour quelles raisons : _____
