

République française

Médecin prescripteur (signature et tampon)

Nom :

Institution/service :

Adresse :

Téléphone :

Télécopie :

Signature :

Laboratoire (signature et tampon)

Nom :

Institution/service :

Adresse :

Téléphone :

Télécopie :

Signature :

• Surveillance des plombémies 
• Maladie à déclaration obligatoire : 12378*03
Saturisme chez l'enfant mineur

Les plombémies réalisées chez les enfants mineurs font l'objet d'un système national de surveillance (arrêté du 5 février 2004). Chaque fois qu'un médecin prescrit une plombémie chez un enfant mineur, il joint à sa prescription la présente fiche. Celui qui réalise le prélèvement renseigne la date et le mode de prélèvement sur la fiche et la transmet au biologiste du laboratoire d'analyse de la plombémie. Celui-ci complète la fiche, la renvoie au prescripteur et en envoie également une copie au médecin du centre antipoison et de toxicovigilance.

Le saturnisme chez les enfants mineurs est une maladie à déclaration obligatoire justifiant d'une intervention urgente (articles L1334-1, L3113-1, R3113-2 à R3113-5, D3113-6 et D3113-7 du Code de la santé publique). Dans tous les cas où la plombémie de l'enfant est supérieure ou égale à 50 µg/L (soit 0,24 µmol/L), le médecin prescripteur devra adresser dans les meilleurs délais, et après avoir prévenu l'autorité parentale, une copie de la fiche complétée par le laboratoire au médecin de santé publique de l'ARS, ou le cas échéant au médecin désigné par le préfet (pour la première plombémie qui atteint 50 µg/L). Cette transmission sera faite sous pli confidentiel.

A remplir par le médecin prescripteur

Nom de l'enfant : Prénom :

N° / Rue : Bât.: Etage : Porte : **A remplir par l'ARS**Code d'anonymat : Date de réception de la déclaration à l'ARS : Code d'anonymat : Date de réception de la déclaration à l'ARS : **A remplir par le médecin prescripteur**Code postal du domicile de l'enfant : Commune :Sexe : M F Date de naissance : Il s'agit d'une plombémie : de primo dépistage de suivi d'une situation à risque
 de suivi d'une intoxication connue Le cas échéant, date du précédent dosage : **Facteurs de risque actuels :**Symptomatologie clinique actuelle : oui non Si oui, préciser :Anémie : oui non non recherchée Carence martiale : oui non non recherchéeHabitat antérieur à 1949 : oui non nsp Présence de peintures au plomb dans l'habitat : oui non nspHabitat dégradé : oui non nsp Travaux récents dans l'habitat : oui non nspAutres enfants intoxiqués dans l'entourage : oui non nsp Loisirs à risque : oui non nspLieu de garde ou de scolarisation à risque : oui non nsp Risque hydrique : oui non nspProfession des parents à risque : oui non nsp Pollution industrielle : oui non nspComportement de pica : oui non nsp

Autres facteurs de risque :

Type d'habitat : habitat individuel immeuble collectif nspDensité d'occupation du logement : nombre de pièces principales : nombre d'occupants : dont moins de 6 ans : **S'il s'agit d'un primo dépistage :****Contexte de la prescription :**

- suspicion de saturnisme lors d'une consultation ou d'une hospitalisation
 dépistage chez les enfants d'un immeuble, dans le cadre de la procédure prévue par l'article L 1334-2 du Code de la santé publique
 campagne de dépistage ou enquête de prévalence limitée dans le temps et dans l'espace Intitulé :
 action de dépistage dans le cadre d'une stratégie définie au long cours

Pays de naissance de la mère :**S'il s'agit du suivi d'une intoxication connue, traitements et interventions réalisés depuis le précédent dosage :**Chélation : oui non nspSi oui, produit : Date de début : Date de fin : Fer : oui non nsp Si oui : date de début : Date de fin : Intervention sur l'environnement : oui non nsp Si oui :

- travaux de réhabilitation définitive mesures palliatives dans le logement
 relogement ou changement de domicile habituel mesures palliatives dans les parties communes intervention sur la qualité de l'eau
 autres :

Informations données par le laboratoireDate du prélèvement sanguin :

Mode de prélèvement :

- sang veineux
 sang capillaire
 cordon

Résultats des dosages :

Plombémie : µmol/L µg/LHémoglobine : mmol/L g/dL

Médecin prescripteur (signature et tampon)

Nom :

Institution/service :

Adresse :

Téléphone :

Télécopie :

Signature :

Laboratoire (signature et tampon)

Nom :

Institution/service :

Adresse :

Téléphone :

Télécopie :

Signature :