

Affaire n° _____

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

SURVEILLANCE DES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE

1/2

FORMULAIRE B « INTOXIQUE »

(Un formulaire doit être renseigné par intoxiqué avéré ou suspecté, y compris si l'individu est décédé)

Les informations contenues dans ce cadre grisé ne seront pas conservées à la clôture de l'affaire.

Nom : _____ Prénom : _____

Coordonnées : _____

Individu n° ____/____

DESCRIPTION GENERALE

❖ Age : ____ ans Ou ____ mois ____ jours (s'il s'agit d'un nourrisson de moins de 2 ans)

❖ Sexe : Masculin
Féminin Femme enceinte ? OUI
NON
NSP

❖ Fumeur ? OUI NON NSP

Si fumeur, nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement : ____
Ou : < 1cig/j (fumeur occasionnel) [1 à 10[cig/j
[10 à 20[cig/j ≥ 20 cig/j

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

❖ Décès ? OUI NON NSP

Moment du décès : • sur les lieux avant l'arrivée des secours ?
• sur les lieux après l'arrivée des secours ?
• Pendant le transport ?
• A l'hôpital ?

❖ Signes cliniques

Aucun signe clinique

| | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| • Céphalées | <input type="checkbox"/> | • Arythmie ventriculaire | <input type="checkbox"/> |
| • Nausées/vomissements | <input type="checkbox"/> | • OAP | <input type="checkbox"/> |
| • Asthénie | <input type="checkbox"/> | • Angor | <input type="checkbox"/> |
| • Perte de conscience transitoire spontanément réversible | <input type="checkbox"/> | • Infarctus du myocarde | <input type="checkbox"/> |
| • Lipothymie /Vertiges | <input type="checkbox"/> | • Convulsions | <input type="checkbox"/> |
| • Paralysie transitoire spontanément réversible | <input type="checkbox"/> | • Choc | <input type="checkbox"/> |
| | | • Acidose sévère | <input type="checkbox"/> |
| | | • Coma | <input type="checkbox"/> |
| | | • Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> |
| | | • Rhabdomyolyse | <input type="checkbox"/> |
| | | • Autre <input type="checkbox"/> Préciser : | <input type="checkbox"/> |

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 : _____
