République française

Médecin prescripteur (signature et tampon)	**Laboratoire** (signature et tampon)
Nom :	Nom :
Institution/service :	Institution/service :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Télécopie :	Télécopie :
Signature :	**Signature :**

LABORATOIRE D'ANALYSE DE LA PLOMBÉMIE

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

cerfa

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 L 1334-1, L 3113-1, R 3113-2 à R 3113-5, D 3113-6 et D 3113-7 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 recherchée

Habitat antérieur à 1949 :	☐ oui	☐ non	☐ nsp	Présence de peintures au plomb dans l'habitat :	☐ oui	☐ non	☐ nsp
Habitat dégradé :	☐ oui	☐ non	☐ nsp	Travaux récents dans l'habitat :	☐ oui	☐ non	☐ nsp
Autres enfants intoxiqués dans l'entourage :	☐ oui	☐ non	☐ nsp	Loisirs à risque :	☐ oui	☐ non	☐ nsp
Lieu de garde ou de scolarisation à risque :	☐ oui	☐ non	☐ nsp	Risque hydrique :	☐ oui	☐ non	☐ nsp
Profession des parents à risque :	☐ oui	☐ non	☐ nsp	Pollution industrielle :	☐ oui	☐ non	☐ nsp
Comportement de pica :	☐ oui	☐ non	☐ nsp				

Autres facteurs de risque : .....

Type d'habitat : ☐ habitat individuel ☐ immeuble collectif ☐ nsp

Densité 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 ☐ nsp

Si 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 laboratoire

Date du prélèvement sanguin :	**Mode de prélèvement :**	**Résultats des dosages :**
☐☐☐☐☐☐☐☐	☐ sang veineux ☐ sang capillaire ☐ cordon	**Plombémie :** ☐☐☐☐, ☐☐ ☐ µmol/L ☐ µg/L Hémoglobine : ☐☐, ☐☐ ☐ mmol/L ☐ g/dL

Médecin prescripteur (signature et tampon)	**Laboratoire** (signature et tampon)
Nom :	Nom :
Institution/service :	Institution/service :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Télécopie :	Télécopie :
Signature :	**Signature :**

LABORATOIRE D'ANALYSE DE LA PLOMBÉMIE

Droit d'accès et de rectification pendant 12 mois par l'intermédiaire du médecin déclarant à l'ARS et au centre antipoison et de toxicovigilance (loi du 6 janvier 1978) – Centralisation des informations anonymes à l'Institut de veille sanitaire