



## Surveillance des intoxications au MONOXYDE DE CARBONE : Formulaire « A » ALERTE

**• Catégorie de déclarant**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pompiers<br><input type="checkbox"/> Samu/Smur<br><input type="checkbox"/> Urgences hospitalières<br><input type="checkbox"/> Autre service hospitalier<br><input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> SOS médecin<br><input type="checkbox"/> Médecin libéral<br><input type="checkbox"/> CAP TV<br><input type="checkbox"/> Service de médecine hyperbare |
|---|---|

**• Date et heure de la constatation de l'intoxication :** le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_mn

**• Adresse de survenue de l'intoxication**

Nom de la résidence/entreprise/lieu public : \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_ Voie : \_\_\_\_\_ Bâtiment : \_\_\_ Escalier : \_\_\_ Étage : \_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_

**• Lieu de survenue de l'intoxication**

Habitat  Établissement recevant du public  Milieu professionnel  Inconnu  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**• Type d'intoxication suspectée (plusieurs réponses possibles)**

Appareil/installation domestique  Moteur thermique  véhicule  accident du travail  acte volontaire  inconnu  
 Autre, préciser (incendie, tabagisme...) \_\_\_\_\_

**Précision sur la cause de l'intoxication :** \_\_\_\_\_

**• Nombre d'intoxiqués potentiels :** \_\_\_\_\_

Personnes conduites aux urgences hospitalières :  oui  non  nsp Nombre : \_\_\_\_\_  
 Personne dirigées vers un caisson O2 hyperbare :  oui  non  nsp Nombre : \_\_\_\_\_  
 Personne hospitalisées :  oui  non  nsp Nombre : \_\_\_\_\_  
 Personnes décédées :  oui  non  nsp Nombre : \_\_\_\_\_

**• Critères utilisés par le déclarant**

<b>Critères sanitaires</b> Signes cliniques évocateurs <input type="checkbox"/> <b>Mesure du Co dans l'air expiré :</b> _____ ppm ou _____ % HbCO <b>Dosage sanguin laboratoire :</b> _____ ml/100ml ou _____ ml/L ou _____ % HbCO ou _____ mmoles/L	<b>Critères environnementaux</b> Mesure du CO Atmosphérique <input type="checkbox"/> <b>Par détecteur fixe</b> <input type="checkbox"/> <b>niveau max enregistré :</b> _____ ppm <b>Par détecteur portatif mesure (la plus élevée) :</b> _____ ppm
--	---

↳----- coordonnées à supprimer à la clôture de l'affaire -----

**Coordonnées du déclarant**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

**Coordonnées des victimes :**

Nom, prénom _____	TEL : _____
Nom, prénom _____	TEL : _____
Nom, prénom _____	TEL : _____
Nom, prénom _____	TEL : _____
Nom, prénom _____	TEL : _____
Nom, prénom _____	TEL : _____
Nom, prénom _____	TEL : _____

**Coordonnées des personnes à joindre pour l'enquête environnementale**

Nom, prénom _____	TEL : _____
Nom, prénom _____	TEL : _____