

Affaire n° _____

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

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

1/2

(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 10cig/j
 [10 à 20cig/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 :

Affaire n° _____

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

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

1/2

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-oxygèmetre 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 :