

Affaire n° (automatiquement généré par l'application informatique): _____

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

SURVEILLANCE DES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE
FORMULAIRE A « ALERTE »

1/2

Premier service recevant le signalement :

Déclaration reçue le : __/__/____ (jj/mm/aaaa) Heure : __ h __ mn par Tél. Fax e-mail Courrier
DDASS N° département : ____ SCHS Commune d'implantation : _____
CAP-TV Ville d'implantation : _____ LCPP

Catégorie de déclarant (plusieurs réponses possibles si plusieurs déclarants pour une même affaire) :

- | | |
|---|--|
| • Pompiers <input type="checkbox"/> | • Laboratoire de biologie médicale <input type="checkbox"/> |
| • Samu/ smur <input type="checkbox"/> | • Autre professionnel de la santé / travail social* <input type="checkbox"/> |
| • Urgences hospitalières <input type="checkbox"/> | • Professionnel chauffagiste qualifié <input type="checkbox"/> |
| • Urgences médicales libérales (SOS...)* <input type="checkbox"/> | • Autre professionnel du bâtiment * <input type="checkbox"/> |
| • Autre médecin libéral* <input type="checkbox"/> | • Police <input type="checkbox"/> |
| • Service de médecine hyperbare <input type="checkbox"/> | • Presse <input type="checkbox"/> |
| • Autre service hospitalier* <input type="checkbox"/> | • Particulier <input type="checkbox"/> |
| • Autre déclarant* <input type="checkbox"/> | *Lequel : _____ |

❖ **Date et heure de la constatation de l'intoxication ou de la situation dangereuse :**

__/__/____ (jj/mm/aaaa) Heure : __ h __ mn

❖ **Adresse de survenue de l'intoxication ou de la situation dangereuse :**

Nom de la Résidence/Entreprise/Lieu public : _____

N° __ Voie : _____

Bâtiment : __ Escalier : __ Etage : __ Code postal : _____ Commune : _____

Département et n°INSEE de la commune (5 chiffres) : _____

❖ **Lieu de survenue de l'intoxication ou de la situation dangereuse** (1 seule réponse) :

- | |
|---|
| • Habitat <input type="checkbox"/> |
| • Etablissement recevant du public <input type="checkbox"/> |
| • Milieu professionnel <input type="checkbox"/> |
| • Inconnu <input type="checkbox"/> |
| • Autre <input type="checkbox"/> Préciser..... |

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

- | |
|--|
| • Appareil/installation domestique en cause <input type="checkbox"/> |
| • Moteur thermique <input type="checkbox"/> |
| • Véhicule <input type="checkbox"/> |
| • Accident de travail <input type="checkbox"/> |
| • Acte volontaire <input type="checkbox"/> |
| • Inconnu <input type="checkbox"/> |
| • Autre <input type="checkbox"/> Préciser (Incendie, Tabagisme, ...) |
| |

Précisions sur la cause de l'intoxication : _____

❖ **Nombre d'intoxiqués potentiels? :** ____

- | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------|
| • Personnes conduites aux urgences hospitalières | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> | Nombre : ____ |
| • Personnes dirigées vers un caisson d'O2 hyperbare | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> | Nombre : ____ |
| • Personnes hospitalisées ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> | Nombre : ____ |
| • Personnes décédées ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> | Nombre : ____ |

Critères utilisés par le déclarant (cocher chacun des critères qui ont été utilisés) :

Critères sanitaires

Signes cliniques évocateurs

Mesure du CO dans l'air expiré

Résultat* : ____ ppm

ou ____% HbCO

Dosage sanguin au laboratoire

Résultat* : ____ ml/100ml ou ____ ml/L

ou ____% HbCO ou ____ mmoles/L

Critères environnementaux

Mesure du CO atmosphérique

Par détecteur fixe

Niveau maximum enregistré : ____ ppm

Par détecteur portatif

Mesure* : ____ ppm

*Remarque : si plusieurs mesures dans l'air expiré ou dosages, noter ici la valeur la plus élevée.

Affaire n° (automatiquement généré par l'application informatique): _____

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

SURVEILLANCE DES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE

2/2

FORMULAIRE A « ALERTE »

Les données suivantes ne seront pas conservées à la clôture de l'affaire :

NOM ET COORDONNEES DU DECLARANT

TELEPHONE :

NOM ET COORDONNEES DES VICTIMES

TELEPHONE :

NOM ET COORDONNEES DES PERSONNES A JOINDRE POUR EFFECTUER L'ENQUETE ENVIRONNEMENTALE

TELEPHONE :

AUTRES INFORMATIONS UTILES