

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