

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DES INTOXICATIONS AU CO
Centre Antipoison Grand Ouest, CHU ANGERS

Mail : cap49@chu-angers.fr Fax : 02 41 35 55 07 - Tél : 02 41 48 21 21

Partie réservée CAP | déclaration reçue le : ___/___/___ Heure : _____ par Tél. ; Fax ; Courrier ; Mail

➔ **Déclarant** (nom, qualité, coordonnées) : _____

➔ **Date de la constatation de l'intoxication ou de la situation dangereuse** : ___/___/___ **Heure** : _____

➔ **Type de lieu de survenue de l'intoxication ou de la situation dangereuse** :

- Habitat
- Établissement recevant du public
- Véhicule en circulation
- Milieu professionnel
- Inconnu
- Autre Préciser.....

➔ **Type d'intoxication suspectée** (plusieurs réponses possibles) :

- Appareil/installation en cause (*hors accident travail*)
- Véhicule à moteur
- Accident de travail
- Acte volontaire
- Inconnu
- Autre Préciser.....

➔ **Précisions sur la cause de l'intoxication** : _____

➔ **Les installations incriminées ou suspectées ont-elles été arrêtées ?** OUI NON NSP

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

Nom de la Résidence/Entreprise/Lieu public : _____

N° _____ Voie : _____

Bât : ___ Escalier : ___ Etage : ___ Code postal : _____ Commune : _____ Tel : _____

Contact famille/employeur si ≠ du lieu de survenue : _____

➔ **Critères utilisés par le déclarant**

Signes cliniques évocateurs Mesure du CO atmosphérique Niveau maximum enregistré : _____ ppm
 Avant ou après aération

➔ **Nombre d'intoxiqués potentiels (cas avérés et suspects)?** : _____

- Personnes conduites aux urgences hospitalières ? OUI NON NSP Nombre : _____
- Personnes hospitalisées (après passage aux urgences) ? OUI NON NSP Nombre : _____
- Personnes décédées ? OUI NON NSP Nombre : _____

Lieu d'hospitalisation : _____

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE et TÉLÉPHONE	SYMPTOMES	HbCO sanguin %	HbCO air expiré <input type="checkbox"/> OU RAD 57 <input type="checkbox"/>	Traitement (aucun, ONB, OHB*)

* ONB : oxygénothérapie normobare, OHB : oxygénothérapie hyperbare

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DES INTOXICATIONS AU CO
Centre Antipoison Grand Ouest, CHU ANGERS
Mail : cap49@chu-angers.fr Fax : 02 41 35 55 07 - Tél : 02 41 48 21 21

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE et TÉLÉPHONE	SYMPTOMES	HbCO sanguin %	HbCO air expiré <input type="checkbox"/> OU RAD 57 <input type="checkbox"/>	Traitement (aucun, ONB, OHB*)