

## Cadre réservé au Centre antipoison :

Description brève  
de l'affaire :

Numéro de dossier :

Conclusion :

Déclarant (nom, qualité, coordonnées) : \_\_\_\_\_

SDIS \_\_\_\_\_ N° d'intervention \_\_\_\_\_ Déclaration en date du \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_

Date de la constatation de l'intoxication ou de la situation dangereuse : \_\_\_\_\_ heure : \_\_\_\_\_

## Circonstances

Lieu de survenue de l'intoxication ou de la situation dangereuse :

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

Type d'habitat :

Maison/appartement  
 Habitat mobile (caravane, camping-car...)  
 Habitat de fortune (squat, tente ...)  
 Habitat collectif (Foyer, EHPAD ..)  
 Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Source(s) de l'intoxication :

Source non identifiée  
 Déclenchement intempestif d'un détecteur de monoxyde de carbone  
 Chaudière ou chauffe-eau  
 Chauffage d'appoint/brasero  
 Appareil de cuisson/barbecue  
 Groupe électrogène  
 Appareil à moteur thermique  
 Cheminée/poêle  
 Cigarette/Chicha  
 Gaz d'échappement de véhicule  
 Combustion/pyrolyse (hors combustible)  
 Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Précisions sur la source :

Défaut d'entretien de l'appareil  
 Problème lié au circuit d'évacuation des gaz  
 Appareil non raccordé à un conduit d'évacuation des gaz  
 Extraction de type ventouse  
 Foyer ouvert      Foyer fermé  
 Inversion de tirage

Précisions sur la cause :

Coupe/indisponibilité en électricité/gaz ou autre  
 Catastrophe naturelle/météo exceptionnelle  
 Précarité énergétique/intoxication liée au prix de l'énergie  
 Milieu confiné/défaut de ventilation de la pièce  
 Pollution par une activité à proximité (industrielle, chicha)

Précisions complémentaires sur la cause de l'intoxication : \_\_\_\_\_

## 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 différent du lieu de survenu : \_\_\_\_\_

## Relevés atmosphériques

Mesure du CO atmosphérique

Maximum enregistré : \_\_\_\_ ppm

Avant ou      après aération

Commentaires

## Action sur la source

Présence GRDF (le cas échéant)      Source arrêtée (gaz, etc.)

Oui	Non	Oui	Non
-----	-----	-----	-----

# VICTIMES

Nombre d'intoxiqués potentiels (cas avérés et suspectés) : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

**A remplir par SAMU/Pompiers**

Nom, prénom	DDN	Adresse, tél	Symptômes	HbCO <input type="checkbox"/> Air expiré <input type="checkbox"/> RAD 57	%
					%
					%
					%
					%
					%
					%
					%
					%
					%
					%

**A remplir par hôpital ou CAP**

HbCO sang (%) Durée d'ONB avant pvt	ATCD	Ttt (ONB, OHB)
% h	Tabac Grossesse Cardio	
% h	Tabac Grossesse Cardio	