

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/braseiro

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 :

Coupure/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 survenue : _____

Relevés atmosphériques

Mesure du CO atmosphérique

Maximum enregistré : _____ ppm

Avant ou

après aération

Commentaires

Action sur la source

Présence GRDF (le cas échéant)

Oui

Non

Source arrêtée (gaz, etc.)

Oui

Non

VICTIMES

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 : _____

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

* ONB : oxygénothérapie normobare, OHB : oxygénothérapie hyperbare