

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

Mail : [cap49@chu-angers.fr](mailto: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

