

CROSS

Tél : 03 81 65 58 18

Fax : 03 81 65 58 65

Mail : ars25-alerte@ars.sante.fr

DATE :

## URGENT

**Merci d'envoyer cette fiche (même incomplète) au CROSS (Centre Opérationnel de Réception et d'Orientation des Signaux Sanitaires) par FAX au 03 81 65 58 65 ou par MEL à ars25-alerte@ars.sante.fr**

NOM, STRUCTURE 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

**Les données dans le cadre ne seront pas conservées à la clôture de l'affaire.**

-----A supprimer à la clôture de l'affaire-----

❖ **Constatation de l'intoxication ou de la situation dangereuse :**

Date : \_\_/\_\_/\_\_

Heure : .....h .....mn

❖ **Adresse :**

Nom de la Résidence/Entreprise/Lieu public : .....

N° ..... Voie : ..... Bâtiment : \_\_ Escalier : \_\_ Etage : \_\_.

Code postal : ..... Commune : ..... Département .....

❖ **Survenue de l'intoxication ou de la situation dangereuse :**

**Lieu de survenue** (1 seule réponse)

Habitat	<input type="checkbox"/>	Inconnu	<input type="checkbox"/>
Etablissement recevant du public	<input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> Préciser.....	
Milieu professionnel	<input type="checkbox"/>		

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

Appareil/installation domestique en cause	<input type="checkbox"/>	Acte volontaire	<input type="checkbox"/>
Moteur thermique	<input type="checkbox"/>	Inconnu	<input type="checkbox"/>
Véhicule	<input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> Préciser (Incendie, Tabagisme, ...)	
Accident de travail	<input type="checkbox"/>	.....	

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	Critères environnementaux
Signes cliniques évocateurs <input type="checkbox"/>	Mesure du CO dans l'air du local <input type="checkbox"/>
Mesure du CO dans l'air expiré <input type="checkbox"/>	Par détecteur fixe <input type="checkbox"/>
Résultat*: ..... ppm ou .....%HbCO	Niveau maximum enregistré : .....ppm
Dosage sanguin au laboratoire <input type="checkbox"/>	Par détecteur portatif <input type="checkbox"/>
Résultat*: ..... mL/100 mL ou .....mL/L ou ..... % HbCO ou ..... mmoles/L	Mesure* : .....ppm
* Remarque : si plusieurs mesures dans l'air expiré ou dosages, noter ici <b>la valeur la plus élevée.</b>	