

FICHE DE DECLARATION DES CAS D'INTOXICATIONS

INFORMATIONS CONSERNANT LE PATIENT | INFORMATIONS CONSERNANT LA PROVINCE

Nom et prénom :	Province :..... Code :
Age :Sexe: Poids :...	Formation sanitaire : Code :
Profession :	Service d'accueil :
Origine : urbain <input type="checkbox"/> rural <input type="checkbox"/>	N°du dossier :
Adresse :	Tél :
.....	

Date d'intoxication : ... / ... / ... L Ma Mer J V S D Heure d'intoxication :

Délai de consultation :
INTOXICATION: Isolée /___/
 Collective /___/ : Nombre de cas

NOM DU TOXIQUE :	Présentation :		Dose supposée ingérée :	Composition :
.....	<input type="checkbox"/> solide	<input type="checkbox"/> poudre
.....	<input type="checkbox"/> liquide	<input type="checkbox"/> Aérosol
.....	<input type="checkbox"/> autres	

TYPE DE TOXIQUE

<input type="checkbox"/> Aliment	<input type="checkbox"/> Produit Industriel	<input type="checkbox"/> Monoxyde de carbone (CO)	<input type="checkbox"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Produit Ménager	<input type="checkbox"/> Gaz Butane	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Médicament	<input type="checkbox"/> Pesticides	<input type="checkbox"/> Drogue	
<input type="checkbox"/> Plante	<input type="checkbox"/> Takaout (PPD)		

VOIE D'ENTREE

<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Inhalation	<input type="checkbox"/> Percutanée	<input type="checkbox"/> Inconnue	<input type="checkbox"/> Autre
--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

EXPOSITION

<input type="checkbox"/> Unique	<input type="checkbox"/> Multiple	<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Inconnue
---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

CIRCONSTANCE

<input type="checkbox"/> Accidentelle	<input type="checkbox"/> Avortement	<input type="checkbox"/> Criminelle	<input type="checkbox"/> Professionnelle
<input type="checkbox"/> Suicidaire	<input type="checkbox"/> Toxicomanie	<input type="checkbox"/> Inconnue	<input type="checkbox"/> Autre

LIEU

<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Lieu public	<input type="checkbox"/> Milieu professionnel	<input type="checkbox"/> Inconnu
-----------------------------------	--------------------------------------	---	----------------------------------

ANTECEDANTS DE L'INTOXIQUE :

CLINIQUE : *Asymptomatique* *Symptomatique*

S. Digestifs

S. Respiratoires

S. Cardio-vasculaires

S. Neurologiques

- Constipation
- Contracture abdominale
- Défense abdominale
- Diarrhées
- Douleurs digestives
- Hématémèse
- Lésions buccales
- Moeléna
- Nausées
- Odeur de l'haleine
- Sécheresse buccale
- Sialorrhée
- S. Hépatiques
- Vomissements

- Apnée
- Détresse respiratoire
- Douleurs thoraciques
- Dyspnée
- Encombrement T.B
- Expectoration
- Hémoptysie
- Polypnée

- Arrêt cardio- respiratoire
- Bradycardie
- Collapsus
- Hypertension
- Hypotension
- Précordialgies
- Tachycardie
- Trouble du rythme

- Agitation
- Asthénie
- Céphalées
- Convulsions
- Déficit moteur
- Déficit sensitif
- Hypertonie
- Hypotonie
- Raideur nuque
- Vertige

S. Neurovégétatifs	S. Rénaux	S.Cutanéo- muqueux	S. Généraux
---------------------------	------------------	---------------------------	--------------------

- Acouphène
- Hypersudation
- Mydriase
- Myosis

- Anurie
- Hématurie
- Oligurie
- Polyurie
- Urines foncées

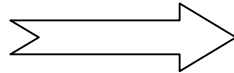
- Cyanose
- Douleur
- Erythrose
- Lésion
- Œdème local
- Prurit
- Purpura

- Hyperthermie
- Hypothermie
- Asthénie
- Œdème
- Déshydratation
- Ictère

Etat de conscience: Conscient Obnubilé Comateux

Coma:

Calme / _ /
Agité / _ /



Echelle de GLASGOW (GCS)=

Autres signes :

EXAMENS PARACLINIQUES :

Laboratoire :

<input type="checkbox"/> liquide gastrique	<input type="checkbox"/> sang	<input type="checkbox"/> urine
--	-------------------------------	--------------------------------

Radiologie :

Autres examens :

SOINS INSTAURES

Domicile:

<input type="checkbox"/> Vomissements provoqués	<input type="checkbox"/> Ingestion de lait	<input type="checkbox"/> Autres
---	--	---------------------------------

Hôpital :

Abstention thérapeutique :	
Traitement symptomatique :	
Traitement évacuateur :	<input type="checkbox"/> Vomissements provoqués <input type="checkbox"/> Lavage gastrique <input type="checkbox"/> Autres :.....
Traitement épurateur :	<input type="checkbox"/> Epuration rénale <input type="checkbox"/> Epuration extra rénale <input type="checkbox"/> Epuration pulmonaire
Traitement antidotique :	

HOSPITALISATION :

Non Oui Durée :

EVOLUTION :

- Favorable
- Complications (Lesquelles) :
- Séquelles (Lesquelles) :
- Décès : heure : Le:/...../.....
- Inconnue

TRANSFERT :

Le :/...../..... Lieu de référence :

POUR CE CAS, AVEZ VOUS TELEPHONE AU CAPM : Oui
Non

Fiche Remplie par : **Cachet de la formation :**