

## REGISTRE DES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE (CO) -202\_

N°Acc: .....

NOM HOPITAL:

SNS:

N° Vict.: .....

.....

.....

(Un questionnaire par victime s.v.p.) /// Nom du Docteur ou Infirmier(e):.....

### Lieu de l'accident (ne correspond pas nécessairement au domicile !)

Rue: ..... N° ..... bte .....

Commune: ..... Code Postal:.....

(plaquette d'identification ci-dessous)

Date d'admission : ...../...../202\_

Heure d'admission : .....h.

Dossier n° : .....

Nom\* : .....

Prénom\* : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe :  Masculin  Féminin

#### Adresse :

Rue\* : .....

.....

N° : ..... /bte .....

Commune : .....

Code Postal : .....

**Grossesse:** Oui / Non Semaines....

**Intervention du Parquet:** Lequel: .....

**Intervention des pompiers:** quelle caserne: .....

#### Destination du patient:

Domicile

Hospitalisation

U.S.I. (soins intensifs)

Autre service:.....

Service inconnu

Transfert vers un autre hôpital

- Nom: .....

- Adresse: .....

- Code Postal:.....

#### Type d'intoxication:

- Intoxication accidentelle  
 Suicide  
 Intoxication professionnelle  
 Inconnu

#### Evolution:

- Guérison  
 Décès  
 Séquelles (lesquelles):  
 .....  
 Inconnu

#### Durée probable d'exposition:

- .....  
 Intoxication aiguë  
 Intoxication chronique  
 Inconnu

**HbCO (1<sup>er</sup> dosage):** .....%

Inconnu

#### Traitement:

- O2 Normobare  
 O2 Hyperbare  
 Inconnu

#### Présence d'un détecteur de CO:

- Oui  
 Non  
 Inconnu

#### Endroit où la victime a été intoxiquée:

Domicile

- Salle de bain  
 Salon/salle à manger  
 Cuisine  
 Chambre à coucher  
 Garage  
 Autre:.....

Inconnu

Infrastructure sport/loisirs

- Caravane  
 Salle de fête  
 Patinoire  
 Karting  
 Autre: .....

Inconnu

Lieu du travail

Lequel:.....

Inconnu

#### Cause probable de l'accident:

Incendie/explosion:  Oui  Non

Gaz d'échappement:  Oui  Non Si oui, source:.....

Cause domestique:  Oui  Non

Si oui:

Problème de cheminée ? Lequel:.....

Appareil à usage domestique

Problème de ventilation:.....

Autre:.....

Quel est l'appareil impliqué? .....

- Est-ce que l'appareil est raccordé à une cheminée?:  Oui  Non

- Quel est le combustible impliqué? .....

Autre cause: .....