

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

N°Acc: .....  
N° Vict.: .....  
Réservé au Centre  
Antipoisons

NOM HOPITAL:

SNS:

Un questionnaire par victime à remplir 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:.....  
(ou vignette - voir 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 : .....

Victime  
(#/# total) :  
...../.....

**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:.....  
 Transfert vers un autre hôpital  
    - Nom: .....  
    - Adresse: .....  
    - Code Postal:.....

### Type d'intoxication:

- Intoxication accidentelle  
 Suicide  
 Intoxication professionnelle

### Evolution:

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

### Durée probable d'exposition:

.....

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

### Traitement:

- O2 Normobare  
 O2 Hyperbare  
 Aucun traitement nécessaire  
 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:.....  
 Infrastructure sport/loisirs  
     Caravane  
     Salle de fête  
     Patinoire  
     Karting  
     Camp  
     Shishabar  
     Parking  
     Autre: .....  
 Lieu du travail  
    Lequel:.....

### Cause probable de l'accident:

Incendie/explosion:  Oui  Non Source:.....

Gaz d'échappement des véhicules:  Oui  Non Source:.....

Appareil – cause au domicile:  Oui  Non Source (voire codex, si connu): nr.....

Détail de l'appareil:.....  
- Est-ce que l'appareil est raccordé à une **cheminée**?  Oui  Non  
Quel est le **combustible** impliqué?.....

### Cause probable

- Problème de cheminée ? Lequel:.....  
 Problème technique  
 Problème de ventilation:.....  
 Autre:.....

Autre cause: .....

CONFIDENTIEL