

**Annexe-1 : FICHE DE DECLARATION DES CAS D'INTOXICATIONS**

<b>Province déclarante</b> : .....	<b>Etablissement déclarant</b> .....
<b>Service d'accueil du patient</b> : .....	

**1- Intoxiqué**

<b>Nom et prénom</b> : .....	<b>Clinique</b>
<b>Age</b> : ..... <b>Sexe</b> : .....	<b>Poids</b> .....
<b>Adresse</b> .....	<b>Grossesse</b> /___/ Oui      /___/ Non
<b>Profession</b> : .....	<b>Si grossesse âge gestationnel</b> .....
<b>Origine</b> : Urbaine /___/      Rurale /___/	<b>Femme allaitante</b> : /___/ Oui      /___/ Non
<b>Tel</b> : .....	<b>Antécédent</b> :

**2- Toxique**

Nom des toxiques	Dose supposée administrée	Composition
.....	.....	.....
<b>Type de Toxique</b> /___/ Médicament	/___/ Monoxyde de Carbone	/___/ Pesticide
/___/ Aliment	/___/ Autre gaz	/___/ Drogue
/___/ Animal	/___/ Produit Ménager	/___/ Produit cosmétique
	/___/ Produit Industriel	/___/ Minéral
		/___/ Plante
		/___/ Inconnu
		/___/ Autre : A préciser .....

**3- Intoxication**

Date et heure d'intoxication ...../...../..... à .....	Lieu d'intoxication à préciser .....	Date et heure de consultation ...../...../..... à .....
<b>Type</b> /___/ Individuel	/___/ Collectif	Nombre de cas.....
<b>Exposition</b> /___/ Unique	/___/ Multiple	/___/ Chronique
	/___/ Inconnu	Autre ; A préciser .....
<b>Voie</b> /___/ Orale	/___/ Oculaire	/___/ Injectable
/___/ Inhalation	/___/ Percutanée	/___/ Inconnu
		/___/ Autre ; A préciser .....
<b>Circonstance</b> /___/ Accidentelle	/___/ Criminelle	/___/ Alimentaire
/___/ Suicidaire	/___/ Toxicomanie	/___/ Professionnelle
/___/ Avortement	/___/ Effet Indésirable	/___/ Erreur Thérapeutique
<b>Lieu</b> /___/ Domicile	/___/ Milieu	/___/ Lieu Public
/___/ Restaurant	Professionnel	/___/ Inconnu
	A préciser.....	/___/ Autre ; A préciser.....
<b>Clinique :</b> /___/ Asymptomatique	/___/ Symptomatique	
<b>Signes cliniques :</b> .....	Soins instaurés : Sur le lieu d'intoxication .....	
.....	Aux Établissements de soins de santé de base .....	
.....	A l'hôpital :	
.....	/___/ Abstention Thérapeutique	
.....	/___/ Traitement symptomatique	
.....	/___/ Traitement antidotique; A préciser .....	
.....	/___/ Décontamination ; A préciser .....	
<b>Hospitalisation</b> : Non /___/	Oui /___/	Durée d'hospitalisation : .....
<b>Evolution</b> /___/ Favorable sans séquelles	/___/ Favorable avec séquelles	/___/ Décès
/___/ Inconnue	Lesquelles.....	Heure et Date : .....
<b>Transfert</b> Non /___/	Oui /___/	Date : .....
		Lieu de Transfert : .....

**Pour ce cas, avez-vous téléphoné au CAPM :** Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/

**Fiche remplie par :** .....

**Date :** ...../...../.....

**Cachet de la formation**