# Signalement d’intoxication au monoxyde de carbone (CO)

**Hors incendie**

À TRANSMETTRE SANS DÉLAI À L’ARS OCCITANIE et au CAP TV

PAR MAIL: **ars-oc-alerte@ars.sante.fr** **et** **cap.reg@chu-toulouse.fr**

En cas d’intoxication massive (>5 intoxiqués) ou de décès, doubler par un appel au **0800 301 301**

Date de la déclaration …../…../..….. - Coordonnées du DECLARANT

□ SDIS …………. □ CH de ………………………………. □ Autre : ……………………………………………….

Identité du déclarant : …………………………………………………………………………………….…………………………

Téléphone : .....- .....- .....- .....-..... Signature ou tampon :

Circonstances de l’INTOXICATION

**Date de l’intox CO** :…….. **Heure** : ……… Dosage CO atmosphérique ? ** Non**  ** Oui :**……………..

Type de lieu de l’intoxication : Habitat ☐Milieu professionnel ☐

Établissement recevant du public ☐Autre ☐  Inconnu ☐

**Adresse exacte du lieu d’intoxication** : ……………………………………………………………………………… …

Code postal : ……………………………………………… Commune : ………………………..……………………………….

**Lieux mis en sécurité** : NON    Ne sait pas    OUI, par qui :  Grdf   Pompiers   Autres :………

**La source d’intoxication est-elle connue :** oui ☐ suspiscion ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Source connue ou potentielle : Chaudière ☐ Poêle☐ Foyer fermé/insert☐ Chauffe-eau☐ Radiateur fixe☐ Cuisinière ☐ Groupe électrogène ☐ Brasero ☐ Chauffage d’appoint ☐

Autre☐ Préciser : …………………………………………………………………….................. Tentative de suicide ☐

VICTIMES

*Contact principal pour l’enquête environnementale :*

**Nom :** …………………………………………………...…. **Téléphone :**.....- .....- .....- .....- .....

Nbre total de victimes : …..… Dont nb victimes < 18 ans :………… Nbre de décès : ………

Nbre de victimes dirigées vers les urgences :………. Nbre passées au caisson hyperbare : …………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM  | Prénom | Sexe(H/F) | Date de naissance | Dosage HbCO ou CO expiré | TABAC(O/N) | Caisson hyperbare ? (O /N) | Lieu prise en charge(si connu) |
|  |  |  | …../….../….. |  |  |  |  |
|  |  |  | …../….../…... |  |  |  |  |
|  |  |  | …../….../…... |  |  |  |  |
|  |  |  | …../….../….. |  |  |  |  |