

Service départemental d'incendie et de secours du Puy-de-Dôme  
Corps départemental de sapeurs pompiers

Pôle opérations prévention  
Groupement de mise en œuvre opérationnelle

Service opérations

Réf. : POP/GMOO/RF/KB/ 394 /2014

Affaire suivie par :

Commandant Richard FAURE

Tél : 04.73.98.69.60

Portable : 04.73.98.69.66

E-mail : opération@sdis63.fr

Clermont-Ferrand, le

17 AVR. 2014

**NOTE DE SERVICE OPERATIONNELLE  
PERMANENTE**

NSP/OPS/2014/03

Objet : Signalement des intoxications au monoxyde de carbone.

PJ : Un formulaire type

Les services de l'Agence Régionale de Santé ont adressé un bilan des intoxications au monoxyde de carbone pour l'année 2013 et mis en évidence l'absence de signalement de plusieurs interventions réalisées par le SDIS.

Je tenais donc à vous rappeler par la présente, l'impérieuse nécessité de compléter la fiche de signalement ci-jointe et de l'adresser au CODIS au retour de la mission. Ce dernier vérifiera le document en question, le transmettra à l'ARS Auvergne et réalisera l'archivage nécessaire.

J'attire votre attention sur la nécessité d'être précis dans les renseignements fournis sur la fiche de signalement.

Le Directeur,

**Le Colonel Jean-Yves LAGALLE**

Directeur départemental des services  
d'incendie et de secours du Puy-de-Dôme  
Chef du Corps départemental

Destinataires :

Pour action :

Chefs de Groupe

Chefs de Colonne

Officiers CODIS

Pour info :

Directeur de garde

Chefs de Site

Médecin-chef SSSM

## FICHE SIGNALLEMENT INTOXICATION AU MONOXYDE DE CARBONE

**Déclaration à transmettre sans délai à l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne**  
**N° Fax : 04-88-00-67-24**

Téléphone : 04.73.74 48.80

**DECLARANT :** (nom,structure , coordonnées )

**INTOXICATION ou situation dangereuse** : constatée le \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)      Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_ mn

LIEU DE SURVENUE DE L'INTOXICATION OU DE LA SITUATION DANGEREUSE CONSTATÉE :

- Habitat
  - Etablissement recevant du public
  - Milieu professionnel
  - Inconnu
  - Autre  Préciser : .....

Précisions sur la cause supposée ou vérifiée de l'intoxication : (appareil; installation en cause, comportement à risque.....)

**☒ ADRESSE DE SURVENUE DE L'INTOXICATION OU DE LA SITUATION DANGEREUSE :**

Nom de la Résidence/Entreprise/Lieu public : \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_ Voie : \_\_\_\_\_

## Maison individuelle

Habitation collective  Bâtiment : \_\_ Escalier : \_\_ Etage : \_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**NOMBRE D'INDIVIDUS PERTINENTS (CAS AVERTIS ET SUSPECTS)**



CRITERES UTILISES PAR LE DECLARANT (cocher chacun des critères qui ont été utilisés) :	
Critères sanitaires	Critères environnementaux
Signes cliniques évocateurs <input type="checkbox"/>	Mesure du CO atmosphérique <input type="checkbox"/>
Mesure du CO dans l'air expiré	Par dispositif fixe <input type="checkbox"/> Seuil d'alarme : ____ ppm
Résultat* : ____ ppm	Par testeur portable <input type="checkbox"/> Mesure* : ____ ppm
Dosage sanguin au laboratoire	Installation suspecte ou NON-conforme <input type="checkbox"/>
Résultat* : ____ ml/100ml ou ____ ml/L ou ____ % HbCO ou ____ mmoles/L	(si une grille d'évaluation a été utilisée, joindre une copie)

\*Remarque : si plusieurs mesures dans l'air expiré ou dosages, noter ici la valeur la plus élevée.

**Aucun critère de signalement :**

AUTRES INFORMATIONS UTILES

Nom personnes intoxiquées et coordonnées (adresse- téléphone)

Lieu d'hospitalisation des patients (nom -centre hospitalier)

**Nom et N° de téléphone d'une personne référente si l'intoxiqué est hospitalisé pour contrôle logement**