

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

Clermont-Ferrand, le

17 AVR. 2014

Réf. : POP/GMOO/RF/KB/394/2014

Affaire suivie par :

Commandant Richard FAURE

☎ : 04.73.98.69.60

☎ : 04.73.98.69.66

✉ : opération@sdis63.fr

**NOTE DE SERVICE OPERATIONNELLE  
PERMANENTE**

NSP/OPS/2014/03

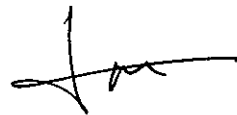
Objet : Signalement des intoxications au monoxyde de carbone.  
PJ : Un formulaire type

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 SIGNALEMENT 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 CONSTATEE** :

• Habitat	<input type="checkbox"/>
• Etablissement recevant du public	<input type="checkbox"/>
• Milieu professionnel	<input type="checkbox"/>
• Inconnu	<input type="checkbox"/>
• Autre <input type="checkbox"/> 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'INTOXIQUES POTENTIELS (CAS AVERES ET SUSPECTES) ?** : \_\_\_\_\_

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| • Personnes conduites aux urgences hospitalières    | Nombre : _____               |
| • Personnes dirigées vers un caisson d'O2 hyperbare | Nombre : _____ (destination) |
| • Personnes gardées en hospitalisation ?            | Nombre : _____               |
| • Personnes décédées ?                              | Nombre : _____               |

CRITERES UTILISES PAR LE DECLARANT (cocher chacun des critères qui ont été utilisés) :	
<b>Critères sanitaires</b>	<b>Critères environnementaux</b>
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	(si une grille d'évaluation a été utilisée, joindre une copie)
ou _____ % HbCO ou _____ mmoles/L	
*Remarque : si plusieurs mesures dans l'air expiré ou dosages, noter ici la valeur la plus élevée.	
Aucun critère de signalement : <input type="checkbox"/>	

☒ **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