

## FORMULAIRE DE DECLARATION

## PATIENT

Age  ansSexe:  Féminin  Masculin

## CONTEXTE D'INTOXICATION

Date de consommation Nom local du produit marin responsable de l'intoxication Partie(s) consommée(s)  Chair  Tête  Viscères  Oeufs*Lieu de pêche précis (Marquer d'une croix sur la carte associée)*Ile Archipel  acheté en bord de route acheté au marché/commerce (préciser) 

## DONNEES CLINIQUES

## INTENSITE

FAIBLE MODEREE FORTE

*Pour information : si le patient présente de la fièvre et/ou des manifestations allergiques et/ou un rash cutané, le diagnostic de ciguatera doit être écarté.*

## SIGNES CARDIOVASCULAIRES

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bradycardie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tachycardie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypotension
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension
			Autre:

## SIGNES GASTRO-INTESTINAUX

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausées
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomissements
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrhées

## SIGNES NEUROLOGIQUES ET GENERAUX

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picotements des extrémités (mains, pieds)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perturbations du toucher/neuro-sensitives
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysesthésies (dont troubles au contact du froid/chaud)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthénie (fatigue physique intense)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de tête
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertiges / Troubles de l'équilibre / Troubles de la marche ( <u>souligner</u> )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la vision
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculaires (douleurs, crampes, faiblesses...) ( <u>souligner</u> )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs articulaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypotermie : Température <input type="text"/> °C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brûlure/picotement des lèvres, bouche, gorge
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs orofaciales (dents, mâchoire, visage)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysgueusie (altération du goût)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gêne et/ou démangeaisons et/ou brûlure urogénitale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hallucinations

Autres symptômes/observations Temps écoulé entre le repas et l'apparition des symptômes (/h)  < 30 min  < 2h  < 12h  > 12hNombre d'intoxication(s) antérieure(s) Nombre de personne(s) intoxiquée(s) en plus du patient  (c.a.d. sans compter le patient)

## IDENTIFICATION DE LA FORMATION SANITAIRE

Date de consultation  Ile/Commune Structure déclarante  P.S.  DISP.  INF.  C.MED.  HOPITAL  CLINIQUE  CAB. PRIVE  AUTRE

## Formulaire à transmettre à