

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