

## Fiche de déclaration, Pathologies ou Décès en lien avec les fortes chaleurs

Direction régionale de la santé de .....		Date de survenue de l'événement heure .....		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> </table>											D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y															
Médecin déclarant .....		Tél .....	Fax .....																					
Hôpital .....		E-mail .....																						
Hôpital .....		Service .....																						
<b>données sur le patient</b>																								
Nom Prénom :		Date de naissance		Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F																				
Adresse et code postal du domicile du patient		.....		.....																				
ATCD personnels		ATCD1 .....	ATCD2 .....																					
Circonstances de survenue des symptômes .....																								
Examen clinique		Température .....°C	TA----/----mm Hg	Pouls .....																				
<b>Signes cliniques ayant motivé la consultation</b>																								
Altération de la conscience <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		Pâleur cutanée <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																						
Céphalées <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		Brulure cutanée <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																						
Vertige <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		Forte transpiration <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																						
Convulsions <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		Peau sèche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																						
Faiblesse <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		Nausée / Vomissements <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																						
Malaise <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		Diarrhée <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																						
Spasmes musculaires <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		Déshydratation <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																						
<b>Diagnostic retenu</b>																								
Crampes de chaleur <input type="radio"/>		épuisement du à la chaleur <input type="radio"/>																						
Insolation <input type="radio"/>		coup de chaleur <input type="radio"/>																						
<b>Conduite à tenir</b>																								
Soins aux urgences et mis sortant <input type="radio"/>		Mise en observation aux urgences <input type="radio"/>																						
Hospitalisation à l'hôpital, préciser le service .....																								
Transfert vers un autre hôpital, préciser la destination .....																								
DCD : préciser la date et l'heure du décès		.....																						
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> </table>													D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y															

**A adresser au Shocroom (fax: 71 567 588 / email : shocroom@rns.tn)**