

République française

Médecin prescripteur (signature et tampon)
Nom :
Institution/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
Signature :

Laboratoire (signature et tampon)
Nom :
Institution/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
Signature :

Surveillance des plombémies
Maladie à déclaration obligatoire : 12378*03
Saturnisme chez l'enfant mineur
cerfa

Les plombémies réalisées chez les enfants mineurs font l'objet d'un système national de surveillance (arrêté du 5 février 2004). Chaque fois qu'un médecin prescrit une plombémie chez un enfant mineur, il joint à sa prescription la présente fiche. Celui qui réalise le prélèvement renseigne la date et le mode de prélèvement sur la fiche et la transmet au biologiste du laboratoire d'analyse de la plombémie. Celui-ci complète la fiche, la renvoie au prescripteur et en envoie également une copie au médecin du centre antipoison et de toxicovigilance.

Le saturnisme chez les enfants mineurs est une maladie à déclaration obligatoire justifiant d'une intervention urgente (articles L1334-1, L3113-1, R3113-2 à R3113-5, D3113-6 et D3113-7 du Code de la santé publique). Dans tous les cas où la plombémie de l'enfant est supérieure ou égale à 50 µg/L (soit 0,24 µmol/L), le médecin prescripteur devra adresser dans les meilleurs délais, et après avoir prévenu l'autorité parentale, une copie de la fiche complétée par le laboratoire au médecin de santé publique de l'ARS, ou le cas échéant au médecin désigné par le préfet (pour la première plombémie qui atteint 50 µg/L). Cette transmission sera faite sous pli confidentiel.

A remplir par le médecin prescripteur
Nom de l'enfant : Prénom :
N° / Rue : Bât.: Etage : Porte :

A remplir par l'ARS
Code d'anonymat : Date de réception de la déclaration à l'ARS :

A remplir par le médecin prescripteur
Code postal du domicile de l'enfant : Commune :

Sexe : M F Date de naissance :
Il s'agit d'une plombémie : de primo dépistage de suivi d'une situation à risque de suivi d'une intoxication connue
Le cas échéant, date du précédent dosage :
Facteurs de risque actuels :
Symptomatologie clinique actuelle : oui non Si oui, préciser :
Anémie : oui non non recherchée Carence martiale : oui non non recherchée
Habitat antérieur à 1949 : oui non nsp Présence de peintures au plomb dans l'habitat : oui non nsp
Habitat dégradé : oui non nsp Travaux récents dans l'habitat : oui non nsp
Autres enfants intoxiqués dans l'entourage : oui non nsp Loisirs à risque : oui non nsp
Lieu de garde ou de scolarisation à risque : oui non nsp Risque hydrique : oui non nsp
Profession des parents à risque : oui non nsp Pollution industrielle : oui non nsp
Comportement de pica : oui non nsp
Autres facteurs de risque :
Type d'habitat : habitat individuel immeuble collectif nsp
Densité d'occupation du logement : nombre de pièces principales : nombre d'occupants : dont moins de 6 ans :

S'il s'agit d'un primo dépistage :
Contexte de la prescription :
suspicion de saturnisme lors d'une consultation ou d'une hospitalisation
dépistage chez les enfants d'un immeuble, dans le cadre de la procédure prévue par l'article L 1334-2 du Code de la santé publique
campagne de dépistage ou enquête de prévalence limitée dans le temps et dans l'espace Intitulé :
action de dépistage dans le cadre d'une stratégie définie au long cours
Pays de naissance de la mère :

S'il s'agit du suivi d'une intoxication connue, traitements et interventions réalisés depuis le précédent dosage :
Chélation : oui non nsp
Si oui, produit : Date de début : Date de fin :
Fer : oui non nsp Si oui : date de début : Date de fin :
Intervention sur l'environnement : oui non nsp Si oui :
travaux de réhabilitation définitive mesures palliatives dans le logement
relogement ou changement de domicile habituel mesures palliatives dans les parties communes intervention sur la qualité de l'eau
autres :

Informations données par le laboratoire
Date du prélèvement sanguin : Mode de prélèvement : Résultats des dosages :
sang veineux sang capillaire cordon
Plombémie : µmol/L µg/L
Hémoglobine : mmol/L g/dL

Médecin prescripteur (signature et tampon)
Nom :
Institution/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
Signature :

Laboratoire (signature et tampon)
Nom :
Institution/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
Signature :