

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



Les plombémies réalisées chez les enfants mineurs font l'objet d'un système national de surveillance (arrêté du 05/02/2004). 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.

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 100 µg/L (soit 0,48 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 inspecteur de santé publique de la DDASS, ou le cas échéant au médecin désigné par le Préfet (pour la première plombémie qui atteint 100 µg/L). Cette transmission sera faite sous pli confidentiel.

A remplir par le médecin prescripteur

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____
 N° / Rue : _____ Bât. : _____ Étage : _____ Porte : _____

A remplir par la DDASS

Code d'anonymat : _____ Date déclaration : _____
 Code d'anonymat : _____ Date déclaration : _____

A remplir par le médecin prescripteur

Codé postal : _____ 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	Présence de peintures au plomb dans l'habitat	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
Habitat dégradé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	Travaux récents dans l'habitat	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
Autres enfants intoxiqués dans l'entourage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	Loisirs à risque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
Lieu de garde ou de scolarisation à risque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	Risque hydrique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
Profession des parents à risque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	Pollution industrielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
Comportement de pica	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 réalisées 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 Mesures palliatives dans les parties communes
 Relogement ou changement de domicile habituel Intervention sur la qualité de l'eau
 Autres : _____

Informations données par le laboratoire :

Date du prélèvement sanguin : _____	Mode de prélèvement : <input type="checkbox"/> Sang veineux <input type="checkbox"/> Sang capillaire <input type="checkbox"/> Cordon	Résultats des dosages : Plombémie : _____ µmol/L <input type="checkbox"/> µg/L Hémoglobine : _____ nmol/L <input type="checkbox"/> g/dL
-------------------------------------	---	---

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

Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin déclarant à la DDASS et au centre antipoison (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations anonymes à l'Institut de Veille Sanitaire