

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

• Surveillance des plombémies
• Saturnisme chez l'enfant mineur


 12378*01

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 envoi 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

Code 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 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 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 : _____ <input type="checkbox"/> µmol/L <input type="checkbox"/> µg/L Hémoglobine : _____ <input type="checkbox"/> mmol/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 :

**LABORATOIRE
 D'ANALYSE
 DE LA PLOMBÉMIE**