

# «FOUDROYÉS EN FRANCE»

---

Fiche médicale individuelle et confidentielle à remplir par un médecin

## Enquête 2012

A renvoyer au : Professeur Christian VIRENQUE  
 SAMU 31  
 Hôpital PURPAN  
 TSA 40031  
 31059 TOULOUSE CDX09

### Section A – Votre patient foudroyé

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Sexe**            M /...../                      F /...../

**Age en années révolues lors du foudroiement**    /...../ans/...../mois

**Adresse :** .....  
 .....

**Profession/ activité habituelle et/ou niveau d'études :** .....

**Antécédents :** .....  
 .....

**Chez la femme, grossesse en cours - ?** .....

**Traitement médicamenteux suivi (précisez) :** .....  
 .....

**Absorption d'alcool, consommation de toxiques (précisez) :** .....  
 .....

#### **Autres précisions concernant votre patient**

En particulier : cardiopathie            /...../

Port d'un stimulateur cardiaque    /...../ ou autre /...../

Prothèse auditive /...../

**Section B – Bilan circonstanciel du Foudroiement**

Date : Jour /...../ Mois /...../ Année /...../ Heure locale/...../

Lieu (intitulé précis y compris altitude) : .....  
.....

Météo : orage prévu par la victime ? .....

Conditions météo observées ou rapportées pas des témoins .....

Eclair(s) vu (s) / tonnerre entendu par la victime oui /...../ non /...../

Durée entre éclair et coup de tonnerre ayant précédé le foudroiement /...../ secondes

**Que faisait votre patient ?**

Sport/...../ Loisir /...../ Travail /...../ Autre : .....

Position du corps .....

Personnes, objets ou structures (tronc d’arbre, canalisation, installation électrique, en contact avec le corps ou à proximité immédiate (spécifier distances et hauteur) :  
.....  
.....

Port d’objets métalliques :

**Foudroiement en groupe** (supérieur ou égal à 2)

Nombre total de personnes /...../

Blessées /...../ mort compris /...../ valides /...../

Susceptibles de donner l’alerte /...../ de pratiquer des gestes du survie/...../

**Présence d’animaux** /...../

Nombre /...../ type /...../ blessures/...../

**Racontez en quelques lignes les circonstances du foudroiement :**

.....  
.....  
.....  
.....

## Section C - Bilan clinique fonctionnel, lésionnel

### Effectué par :

Témoins /...../ secouristes de passage /...../  
organismes institutionnels sapeurs-pompiers, SMUR /...../

### Constatations :

**Décès sans réanimation** /...../

**Arrêt cardio-respiratoire** /...../ avec RCP sans RCP /...../  
avec utilisation /...../ du DAE sans DAE /...../

**Troubles neuropsychiques** /...../

Perte de connaissance /...../

Amnésie /...../

Agitation /...../

Asthénie /...../

Kéraunoparalysie /...../

**Troubles cardiovasculaires** /...../

Collapsus /...../

Infarctus /...../

Troubles du rythme cardiaque /...../

**Troubles respiratoires** /...../

Blast (OAP) /...../

**Troubles fonctionnels divers** /...../

Troubles oculaires /...../. Troubles auditifs /...../

### Lésions anatomiques traumatiques

Membres /...../ TCPC /...../ Rachis /...../ Thorax /...../ Abdomen /...../  
Brûlures /...../

## Section D – Evolution

### Décès

Date /.....//.....//...../                      Heure /.....//...../

Lieu du décès : .....

Gestes effectués : raisons de leur inefficacité : .....

.....

### Soins d'urgence

Durée de la médicalisation : /...../

Massage cardiaque avec DAE /...../

sans DAE /...../

Voie veineuse + perfusion /...../

Injections de sédatifs /...../

d'analgésiques /...../

Immobilisation des fractures                      attelles, matelas coquille /...../

Pansements et hémostase /...../

**Transport** : ambulance /...../ hélicoptère /...../

Lieu ..... Service : .....

### Hospitalisation :

Durée Mois /...../ Jours /...../

Soins : préciser

Décès secondaire :

Cause : .....

**Section E - SEQUELLES****Délai d'apparition :**

Jours /...../      mois      /...../      années /...../

**Troubles cardiaques**

Angor /...../    troubles du rythme/...../      Infarctus /...../

**Troubles respiratoires      /...../**

Œdème lésionnel      /...../

**Troubles neuropsychiques      /...../**

Description rapide de la symptomatologie post-traumatique :

.....  
 .....

Souvenirs répétitifs et envahissants /...../

Sursauts /...../

Rêves répétitifs /...../

Emoussement affectif /...../

Flash-back /...../

Irritabilité /...../

Diminution des activités /...../

Difficultés de concentration /...../

Evitement /...../

Troubles du sommeil /...../ù

Troubles sensoriels /...../

**Inefficacité ou non des traitements prescrits      oui    /...../    non    /...../**

**Section F – Suivi à long terme**

Un suivi systématique a-t-il été effectué /...../ Durée /...../

Devenir médical, familial, professionnel de votre patient :

.....

---

**Auteur de cette fiche :**

Docteur :

Nom ..... Prénom : .....

Spécialité : .....

Adresse professionnelle : .....

Tél. : .....

Email : .....