

«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 :