Critères de notification	
Chez un enfant de moins de 18 ans, constatation par un médecin prescripteur d'une première plombémie supérieure ou égale à 50µg/L (soit (24µmol/L)	**Important :** Le saturnisme chez les enfants mineurs est une maladie à déclaration obligatoire. Le médecin prescripteur devra adresser dans les meilleurs délais, et après avoir prévenu l'autorité parentale, une copie de la fiche complète au médecin désigné de l'ARASS. Cette transmission sera faite sous pli confidentiel.

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale

Maladie à déclaration obligatoire

SATURNISME

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**	**Médecin de la Direction de la santé**
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien: Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :	Date d'enregistrement Nom, tampon et signature :

Nom : …… Prénom : …… Sexe : ❑ M ❑ F DDN Numéro DN

Adresse géographique :…… Commune de résidence : …… Tel : ……

Date de notification Code d'anonymat *(à remplir par la DS)*

✂

Date de notification Code d'anonymat *(à remplir par la DS)*

Sexe : ❑ M ❑ F Age : ans ou mois Commune de résidence : …… Ile / Pays ……

Confirmation biologique

Date du prélèvement sanguin Mode de prélèvement ❑ Sang veineux ❑ Sang capillaire ❑ Cordon

Résultats des dosages Plombémie : ……❑ µmol/L ❑ µg/L Hémoglobine : ……❑ mmol/L ❑ g/dL

Il s'agit d'une plombémie ❑ de primo dépistage ❑ de suivi d'une situation à risque ❑ de suivi d'une intoxication

Le cas échéant, date du précédent dosage

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, source d'exposition au plomb

❑ Campagne de dépistage ou enquête de prévalence limitée dans le temps et l'espace Intitulé : ……

❑ Action de dépistage dans le cadre d'une stratégie définie au long cours

S'il s'agit du suivit d'une intoxication connue, traitements et interventions réalisés depuis le précédent dosage

Chélation ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, produit : ……

Date de début Date de fin

Fer ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Date de début Date de fin

Pays de naissance de la mère : ……

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 ❑ Non recherchée Présence de peinture au plomb ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Dégradé ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Travaux récents ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Type d'habitat ❑ Individuel ❑ Immeuble collectif ❑ Ne sait pas

Densité d'occupation du logement : Nombre de pièces principale Nombre d'occupants Dont moins de 6 ans

Autres enfants intoxiqué dans l'entourage ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Loisir à risque ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Lieu de garde ou scolarisation à risque ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Risque hydrique ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Profession des parents à risque ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Pollution industrielle ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Comportement de pica ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Autres facteurs de risque : ……

Intervention sur l'environnement ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser : ……

❑ Travaux de réhabilitation définitive ❑ Mesures palliative dans le logement ❑ Mesures palliatives dans les parties communes

❑ Relogement ou changement de domicile habituel ❑ Intervention sur la qualité de l'eau

❑ Autres : ……