

Secrétariat général de la Communauté du Pacifique
FORMULAIRE DE DECLARATION D'UNE INTOXICATION
DUE A LA CONSOMMATION DE PRODUITS DE LA MER

Veillez répondre en détail à toutes les questions. Cochez la case appropriée.

Identité du déclarant	
Nom _____	Profession/ titre _____
Adresse _____	
Date _____	Signature _____

Identité de la personne intoxiquée	
Nom _____	Sexe (M/F) _____
Age _____ ans	
Adresse _____	

Renseignements sur le produit de la mer qui a provoqué cette intoxication (Veillez cocher les cases appropriées)				
Type de produit	Lieu de capture	Mode de conservation	Morceau consommé	Méthode de préparation culinaire
Poisson _____ <input type="checkbox"/>	Rivière _____ <input type="checkbox"/>	Frais, sans glace _____ <input type="checkbox"/>	Tête _____ <input type="checkbox"/>	Sans préparation (cru) _____ <input type="checkbox"/>
Crabe _____ <input type="checkbox"/>	Mangrove _____ <input type="checkbox"/>	Frais, sur glace _____ <input type="checkbox"/>	Chair _____ <input type="checkbox"/>	Mariné _____ <input type="checkbox"/>
Langouste _____ <input type="checkbox"/>	Plage _____ <input type="checkbox"/>	Congelé _____ <input type="checkbox"/>	Peau _____ <input type="checkbox"/>	Cuit _____ <input type="checkbox"/>
Autres crustacés _____ <input type="checkbox"/>	Pâté corallien _____ <input type="checkbox"/>	Salé _____ <input type="checkbox"/>	Foie _____ <input type="checkbox"/>	Combien d'autres personnes ont mangé cet aliment ? _____ ont été malades ? _____ ont été admises à l'hôpital ? _____
Gastéropode* _____ <input type="checkbox"/>	Lagon _____ <input type="checkbox"/>	Séché _____ <input type="checkbox"/>	Oeufs _____ <input type="checkbox"/>	
Bivalve* _____ <input type="checkbox"/>	Récif-barrière _____ <input type="checkbox"/>	Fumé _____ <input type="checkbox"/>	Autres organes (précisez) _____ <input type="checkbox"/>	
Autres mollusques _____ <input type="checkbox"/>	Pleine mer _____ <input type="checkbox"/>	Saumuré _____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	
Autres (précisez) _____ <input type="checkbox"/>	Autres (précisez) _____ <input type="checkbox"/>	Autres (précisez) _____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	
Inconnu _____ <input type="checkbox"/>	Inconnu _____ <input type="checkbox"/>	Inconnu _____ <input type="checkbox"/>	Inconnu _____ <input type="checkbox"/>	
Nom local de cet aliment ? _____				
Nom français _____				
Nom du vendeur ou du restaurant (en cas d'achat) _____				
Nom du lieu de pêche (si possible) _____				
Aliment consommé le _____ à _____ heures				
Apparition des premiers symptômes (date) _____ à _____ heures				
*Les gastéropodes sont des fruits de mer coquille simple comme les escargots, les trocas, les strombes, etc. Les bivalves sont des fruits de mer à deux coquilles comme les palourdes, les moules, les coques, les huîtres, etc.				

Symptômes (Veillez cocher les cases appropriées)	
Brûlure ou douleur au contact de l'eau froide _____ <input type="checkbox"/>	Picotements au contact de l'eau _____ <input type="checkbox"/>
Fourmillements ou engourdissement _____ <input type="checkbox"/>	Goût bizarre dans la bouche _____ <input type="checkbox"/>
Miction difficile ou douloureuse _____ <input type="checkbox"/>	Démangeaisons ou rougeurs _____ <input type="checkbox"/>
Respiration difficile _____ <input type="checkbox"/>	Salivation excessive _____ <input type="checkbox"/>
Marche difficile _____ <input type="checkbox"/>	Transpiration excessive _____ <input type="checkbox"/>
Difficulté d'élocution _____ <input type="checkbox"/>	Diarrhées _____ <input type="checkbox"/>
Irritation des yeux _____ <input type="checkbox"/>	Vomissements _____ <input type="checkbox"/>
	Fièvre ou frissons _____ <input type="checkbox"/>
	Maux de tête _____ <input type="checkbox"/>
	Douleurs articulaires _____ <input type="checkbox"/>
	Crampes _____ <input type="checkbox"/>

Renseignements médicaux		
Pouls _____	Tension artérielle ____ / _____	Pupilles _____

En cas de décès	
Date du décès _____	Conclusions de l'autopsie _____
Autres renseignements _____	

*Veillez renvoyer ce formulaire sous pli "**Confidentiel médical**" à la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie, Service des Actions Sanitaires
 Immeuble Galliéni , 4ème étage, 5 rue du Gal Galliéni - Centre ville – BP N4 – 98851 Nouméa cedex
 Mél : dass@gouv.nc ; Web : <http://www.dass.gouv.nc>*

MERCI