

FORMULAIRE FAO D'INCIDENT D'EMPOISONNEMENT (lutte antiacridienne)

Remplir ce formulaire pour tout incident d'empoisonnement (suspecté) et l'envoyer à l'Unité de lutte antiacridienne du pays

1	DATE ET SITE DE L'EMPOISONNEMENT		
1-1	date de l'incident:		
1-2	site de l'incident (<i>localité: latitude/longitude</i>):		
1-3	référence au Formulaire de suivi de la pulvérisation (<i>le cas échéant, numéro de la page</i>):		
2	DONNÉES SUR L'INSECTICIDE (ou sur le produit faisant l'objet du suivi)		
2-1	nom commercial:	2-2	nom usuel:
2-3	concentration (<i>g m.a./l ou %</i>):	2-4	type de formulation:
2-5	numéro du lot:	2-6	date de production et/ou de péremption:
2-7	solvant et proportion du mélange (<i>le cas échéant</i>):		
3	DÉTAILS PERSONNELS (de la personne présumée empoisonnée)		
3-1	nom:		
3-2	sexe: <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	3-3	âge (<i>années</i>):
3-4	rôle dans la lutte (<i>opérateur, porte-fanion, chauffeur...</i>):		
4	DÉTAILS DE L'INCIDENT		
4-1	activité au moment de l'exposition à l'insecticide (<i>pulvérisation, remplissage du réservoir de l'avion...</i>):		
4-2	équipement de protection personnelle utilisé (<i>cocher une ou plusieurs cases</i>):		
	<input type="checkbox"/> bottes	<input type="checkbox"/> chapeau	<input type="checkbox"/> tablier
	<input type="checkbox"/> combinaison	<input type="checkbox"/> écran facial/lunettes	<input type="checkbox"/> respirateur
	<input type="checkbox"/> gants	<input type="checkbox"/> masque	<input type="checkbox"/> autres (spécifier):
4-3	voies de pénétration:		
	<input type="checkbox"/> peau (absorption cutanée)	<input type="checkbox"/> bouche (ingestion)	<input type="checkbox"/> appareil respiratoire (inhalation)
4-4	estimation de la quantité de pesticide absorbé (<i>gouttelettes du nuage de pulvérisation, combinaison complètement trempée, ingestion d'une bouteille d'1 litre...</i>):		
4-5	durée de l'exposition (<i>nombre d'heures avant la décontamination/traitement médical</i>):		
4-6	autres personnes exposées à l'insecticide: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
4-7	autres détails pertinents sur l'incident (<i>décrire</i>):		
5	SIGNES ET SYMPTÔMES		
5-1	signes et symptômes d'empoisonnement observés:		
	<input type="checkbox"/> irritation de la peau / rougeurs	<input type="checkbox"/> picotement ou engourdissement du visage ou des mains	<input type="checkbox"/> douleur anormale (estomac, ventre)
	<input type="checkbox"/> transpiration	<input type="checkbox"/> mal de tête	<input type="checkbox"/> nausées, vomissements
	<input type="checkbox"/> œil (yeux) en larmes	<input type="checkbox"/> confusion, perte d'orientation et de coordination	<input type="checkbox"/> diarrhée
	<input type="checkbox"/> vision trouble	<input type="checkbox"/> crispation musculaire, tremblements	<input type="checkbox"/> arrêt respiration, coma
	<input type="checkbox"/> contraction des pupilles	<input type="checkbox"/> écoulement nasal	<input type="checkbox"/> attaque, convulsion
	<input type="checkbox"/> salivation	<input type="checkbox"/> respiration anormale	<input type="checkbox"/> mort
5-2	première apparition des symptômes (<i>nombre d'heures ou de jours après la dernière exposition</i>):		
5-3	mesure du taux de cholinestérase: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
5-4	type de mesure de la cholinestérase (<i>cocher une case</i>): <input type="checkbox"/> plasma <input type="checkbox"/> globules rouges <input type="checkbox"/> sang complet		
6	TRAITEMENT		
6-1	traitement administré: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
6-2	type de traitement ou antidote administré (<i>fournir des détails</i>):		
6-3	personne emmenée à l'hôpital ou dans un poste médical: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
6-4	période pendant laquelle la personne ne pourra pas manipuler de pesticide (<i>nombre de jours</i>):		
7	COMPTE RENDU		
7-1	nom de la personne ayant rempli ce formulaire:		
7-2	catégorie de personnel (<i>cocher une case</i>): <input type="checkbox"/> médical <input type="checkbox"/> paramédical <input type="checkbox"/> non médical (spécifier)		