

## **Fiche initiale et de liaison des cas d'envenimation scorpionique – 1 –**

### **Année :**

Wilaya : ..... Commune:.....

EPSP de:.....

Salle de soins de:..... Polyclinique de: .....

EPH de :..... EHS de:..... CHU de: .....

### **1<sup>ère</sup> partie : Volet socio démographique et environnemental**

1. Nom du patient : ..... Prénom : .....

2. Sexe : M /\_\_/ F /\_\_/

3. Date de naissance : \_\_\_\_\_. (Préciser le jour, le mois et l'année)

4. Profession .....

5. Adresse de résidence : .....

6. Commune de résidence..... Wilaya de résidence : .....

7. Date de l'accident : \_\_\_\_\_. (Préciser le jour, le mois et l'année)

Heure de l'accident : \_\_\_\_\_. H/Min

8. Lieu de l'accident :

8.1. Wilaya : .....

8.2. Commune : .....

8.3. Zone rurale /\_\_/ Zone urbaine /\_\_/

8.4. Intérieur du logement /\_\_/ Extérieur du logement /\_\_/

9. Type d'habitat : - Maison individuelle / Villa /\_\_/ - Immeuble /\_\_/  
- Habitat précaire /\_\_/ - Maison traditionnelle (haouch) /\_\_/  
- Tente de nomade /\_\_/ - Autres /\_\_/, préciser : .....

10. Le scorpion a-t'il été vu par le patient ou sa famille? Oui /\_\_/ Non /\_\_/

Si oui : préciser sa couleur :

préciser sa taille : /\_\_\_\_/ cm

11. Le patient a-t-il fait l'objet de gestes inutiles ou dangereux avant de se présenter en consultation?

Oui /\_\_/ Non /\_\_/

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

### **2<sup>ème</sup> partie : Volet sanitaire**

12. Date du 1<sup>er</sup> examen : \_\_\_\_\_. (Préciser le jour, le mois et l'année)

Heure du 1<sup>er</sup> examen : \_\_\_\_\_. H/Min

13. Antécédents pathologiques : Oui /\_\_/ Non /\_\_/

Si oui, préciser : .....

14. Siège anatomique de la piqûre (Cf. Schéma dans le guide d'utilisation)

- Tête / Cou /\_\_/ - Tronc /\_\_/

- Membre supérieur /\_\_/ - Membre inférieur /\_\_/

**15. Classe sur le lieu du 1<sup>er</sup> examen**

<b>Piqûre de scorpion</b>		<b>Signes d'envenimation scorpionique</b>	
<b>Signes locaux</b>		<b>Signes généraux</b>	<b>Signes de détresse vitale</b>
Douleur	/ /	<b>Facteurs de risque</b>	<b>Respiratoire</b>
Fournillements	/ /	Bradycardie	/ / Insuffisance respiratoire / /
Paresthésies/Brûlures	/ /	Fièvre	/ / OAP cardiogénique / /
Engourdissement	/ /	Hypersudation	/ / <b>Cardiovasculaire</b> / /
		Priapisme	/ / Hypotension artérielle / /
		Hyperglycémie > 2 g/l	/ / Troubles du rythme / /
		<b>Autres signes généraux</b>	<b>Neurologique centrale</b>
		Diarrhée	/ / Coma / /
		Vomissements	/ / Convulsions / /

**Classe 1 : / /**

**Classe 2 : / /**

**Classe 3 : / /**

**16. CAT sur le lieu du 1<sup>er</sup> examen**

- SAS : oui / / non / / si oui, Nombre d'ampoules : / \_\_\_\_ /  
Heure d'administration de la première ampoule : \_\_\_\_ \_\_\_\_ H/mn  
Heure d'administration de la dernière ampoule : \_\_\_\_ \_\_\_\_ H/mn
- Traitements symptomatiques reçus : .....  
.....

**17. Si évacuation motifs d'évacuation .....**

**18. Date \_\_\_\_ \_\_\_\_ et heure de l'évacuation \_\_\_\_ H/Min**

**19. Classe au moment de l'évacuation**

**Signes d'envenimation scorpionique**

**Signes généraux**

**Facteurs de risque**

<b>Signes généraux</b>		<b>Signes de détresse vitale</b>	
<b>Facteurs de risque</b>		<b>Respiratoire</b>	
Bradycardie	/ /	Insuffisance respiratoire	/ /
Fièvre	/ /	OAP cardiogénique	/ /
Hypersudation	/ /	<b>Cardiovasculaire</b>	
Priapisme	/ /	Hypotension artérielle	/ /
Hyperglycémie > 2 g/l	/ /	Troubles du rythme	/ /
<b>Autres signes généraux</b>		<b>Neurologique centrale</b>	
Diarrhée	/ /	Coma	/ /
Vomissements	/ /	Convulsions	/ /

**Classe 2 : / /**

**Classe 3 : / /**

**20. Si décès**

- Noter : la date du décès \_\_\_\_ \_\_\_\_ (Préciser le jour, le mois et l'année)  
et l'heure du décès : \_\_\_\_ \_\_\_\_ H/Min
- Remplir la fiche – 2 – et la transmettre au SEMEP.**

Médecin traitant : Dr .....  
Cachet de la structure et signature