


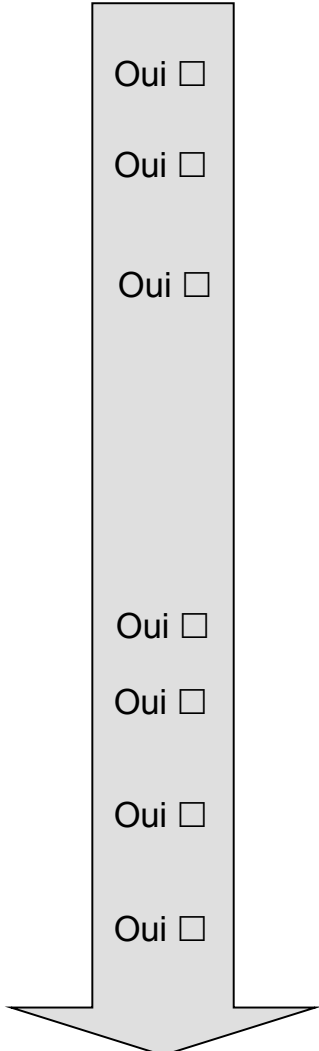
Repérage « Saturnisme »

Date/..../20..

en consultation école (PMI/Santé Sco)
par : tel :

Nom, Prénom enfant :
Sexe : M F Né(e) : /.... /.....
Adresse : 

<input type="checkbox"/> PICA ou géophagie	NSP <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anémie réfractaire au traitement martial	NSP <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Au moins 2 symptômes suivants : ♦ Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> ♦ Apathie ou agitation <input type="checkbox"/> ♦ Retard Staturo-pondéral <input type="checkbox"/> ♦ Retard scolaire <input type="checkbox"/> ♦ Troubles du sommeil <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfant(s) de la fratrie intoxiqué(s)	NSP <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Résidence en Zone identifiée à risque « Site/Sols pollués »	NSP <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Profession des parents identifiée «à risque Saturnisme»	NSP <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Habitat ancien (<1949) dégradé <input type="checkbox"/> ou récemment réhabilité <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>



Si au moins une réponse positive, enfant à orienter vers le dépistage (Plombémie)

<input type="checkbox"/> CHU Nord Marseille Tel : 04 91 96 80 00 Consultation spécialisée enfant environnement : 06.84.70.64.79	<input type="checkbox"/> CHU Nord Marseille RDV le/...../..... à h.... <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Autre :
--	---