

Repérage « Saturnisme »

Date/..../20..

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

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

PICA ou géophagie

NSP

Non

Oui

Anémie réfractaire au traitement martial

NSP

Non

Oui

Au moins 2 symptômes suivants :
♦ Douleurs abdominales
♦ Apathie ou agitation
♦ Retard Staturo-pondéral
♦ Retard scolaire
♦ Troubles du sommeil

NSP

Non

Oui

Enfant(s) de la fratrie intoxiqué(s)

NSP

Non

Oui

Résidence en Zone identifiée à risque « Site/Sols pollués »

NSP

Non

Oui

Profession des parents identifiée «à risque Saturnisme»

NSP

Non

Oui

Habitat ancien (<1949) dégradé
ou récemment réhabilité

NSP

Non

Oui

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

CHU Nord Marseille
Tel : 04 91 96 80 00
Consultation spécialisée enfant
environnement : 06.84.70.64.79

CHU Nord Marseille
RDV le/...../..... à h.

Médecin traitant
.....

Autre :