

Pour toute situation à caractère d'urgence
Téléphone : 01.46.54.49.29 (hotline 24h/24 et 7 jours sur 7) ou 01.46.54.49.30

QUESTIONNAIRE GENERAL	1
------------------------------	----------

Ce questionnaire rempli par le médecin au cours de l'entretien avec le patient a pour but de :

- **déterminer si le patient a pu être en contact avec une source de radioactivité**
- **déterminer les circonstances possibles et la date éventuelle de ce contact avec une source radioactive**

Date et heure du début de l'interrogatoire :

NOM : _____

Prénom : _____

Age : _____

Sexe : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

QUESTION	OUI	NON	Réponses
Travaillez-vous dans le secteur du nucléaire ?			
Travaillez-vous en imagerie médicale ?			
Travaillez-vous avec des sources radioactives ?			
Dans votre activité professionnelle, avez vous été en contact ou à proximité d'une source radioactive ?			
Dans l'une de ces activités professionnelle, avez-vous assisté ou été à proximité d'un évènement inhabituel ?			
Avez-vous suivi récemment une radiothérapie ? Une curiethérapie ?			
Avez-vous assisté ou été à proximité d'un évènement inhabituel (explosion, incendie, accident, autre évènement sortant de l'ordinaire) ?			
Pouvez-vous indiquer la nature de l'évènement, sa date et son heure, son lieu ?			

Une réponse positive à l'une de ces questions nécessitera un questionnement plus approfondi afin de déterminer s'il y a possibilité d'un accident radiologique. Un questionnaire spécifique « évènement » est situé en page 4.

Ce questionnaire rempli par le médecin au cours de l'entretien avec le patient a pour but de déterminer l'existence d'un syndrome initial associé à une irradiation accidentelle.

QUESTION	OUI	NON	Réponses
Avez-vous eu des troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées) dans les 4 dernières semaines ?			
Quand avez-vous vomi ? précisez l'heure			
Combien de fois ? Pendant combien de temps ?			
Vous êtes vous senti très fatigué durant la même période ?			
Avez-vous eu mal à la tête durant la même période ?			
Avez-vous eu un coup de soleil sans vous être exposé au soleil ?			
Avez-vous eu une rougeur localisée inexpiquée ?			
Avez-vous eu une diminution de l'appétit ?			
Avez-vous perdu vos cheveux, vos poils ? A quel endroit du corps ?			
Avez-vous eu des diarrhées ? Quand ? Combien de fois par jour ?			
Est-ce que ces symptômes peuvent être associés (dans le temps ou le lieu) à un évènement particulier, inhabituel ?			
Avez-vous consulté pour ces symptômes ? Si oui, quand et quel médecin ?			
Le traitement prescrit a-t-il été efficace ?			

La présence simultanée de plusieurs de ces symptômes n'est pas spécifique d'une irradiation accidentelle. Cependant, l'association de ces différents symptômes peut être évocatrice d'un syndrome initial associé à une surexposition aux rayonnements ionisants.

Il est alors nécessaire de faire faire une dosimétrie biologique par un laboratoire spécialisé.

QUESTIONNAIRE SPECIFIQUE ATTEINTE CUTANEE	3
--	----------

Ce questionnaire rempli par le médecin au cours de l'entretien avec le patient a pour but de définir l'origine et la sévérité de la lésion cutanée.

QUESTION	OUI	NON	Réponses
Avez-vous une lésion cutanée d'origine inconnue ?			
Quelle est la localisation anatomique de cette lésion ?			
Avez-vous plusieurs lésions de même type ?			
Cette lésion est-elle circulaire ? Carrée ? Rectangulaire ?			
Cette lésion est-elle d'autant plus grave qu'on s'approche du centre de la lésion ?			
Est-elle entourée par un érythème permanent ?			
Est-elle entourée d'un halo de décoloration ou d'hyper coloration ?			
Cette lésion a-t-elle guéri dans un premier temps avant de réapparaître ?			
A-t-elle évolué dans le temps ?			
Est-elle apparue à la suite d'un évènement particulier ?			
Combien de temps après cet évènement ?			

Les réponses à ce questionnaire peuvent être accompagnées en annexe d'un schéma du positionnement anatomique de la lésion, ou de photos numériques.

Ce questionnaire rempli par le médecin au cours de l'entretien avec le patient a pour but de déterminer si un évènement particulier observé par le patient pourrait être à l'origine ou faire partie d'un accident d'irradiation, et d'en préciser les circonstances.

QUESTION	OUI	NON	Réponses
Expliquez la nature de cet évènement inhabituel			
Où étiez-vous au moment de l'évènement ?			
A quelle distance du lieu de l'évènement étiez-vous ?			
Combien de temps êtes vous resté ?			
Schéma précis des lieux où vous vous trouviez au moment de l'accident avec localisation de votre position (marquage au sol)			
Quelle était votre position : • Debout ? • Assis ? • Couché ? • Autre ?			
Avez-vous présenté des symptômes particuliers comme des nausées, vomissements, une fatigue brutale, une perte de connaissance dans les 48 heures qui ont suivi ?			
D'autres personnes étaient-elles présentes et proches de vous ? • Combien ? • Lesquelles ? (Nom)			
Schéma précis du positionnement de ces personnes par rapport à vous			
Les personnes présentes ont-elles présenté certains des symptômes décrits ci-dessus ?			

Les réponses à ce questionnaire peuvent être accompagnées en annexe de descriptifs détaillés et de schémas explicatifs, en particulier du positionnement des personnes présentes.

AVERTISSEMENT

Si vous n'êtes pas un professionnel de santé, les informations et services proposés au sein de ce dossier ne constituent ni directement, ni indirectement une consultation médicale. En aucun cas, les informations et services proposés ne sont susceptibles de se substituer à une consultation, une visite ou un diagnostic formulé par votre médecin.

Si vous êtes un professionnel de santé, les informations mises à votre disposition dans ce dossier constituent des options que vous devez apprécier, sous votre seule responsabilité, en fonction de l'état pathologique de votre patient. L'utilisation des informations présentes sur ce site s'effectue sous votre entière responsabilité dans le cadre de l'exercice de votre activité médicale.

En aucun cas, la responsabilité de l'IRSN ne pourra être engagée au titre de l'information présentée sur ce site et de son utilisation.