**Questionnaire approfondi**

*Le questionnaire approfondi et le questionnaire d’examen médical complètent le questionnaire de triage. Ils concernent toutes les victimes identifiées comme exposées à un risque d’irradiation. Le questionnaire approfondi sert à évaluer la dose reçue si une irradiation est suspectée.*

L’interrogatoire doit être réalisé dans les délais les plus courts. Une fiche doit être remplie pour chaque victime avec la description précise des circonstances de l’évènement et tous les renseignements nécessaires répertoriés.

**Identification de la victime** (dont numéro du patient PMA et l’étiquette SINUS, SI-VIC) :

**Nom du médecin ou de l’infirmier** qui a assuré la prise en charge générale :

**Date et heure de remplissage du questionnaire** :

***Partie 1 : les circonstances de l’accident***

(Renseigner 3 colonnes « oui » / « non » / « précisions ») :

| **QUESTION** | **OUI** | **NON** | **PRECISIONS** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Étiez-vous dans un bâtiment ?** Lequel ?
 |  |  |  |
| 1. **D’autres personnes étaient-elles présentes et proches de vous ?** Combien ? Lesquelles ? (Nom)
 |  |  |  |
| 1. **Pouvez-vous estimer leur éloignement par rapport à vous ? Combien de temps sont-elles restées à vos côtés ? Quelles étaient leurs positions respectives ?** Debout, assis, couché, autre ?
 |  |  |  |
| 1. Décrivez avec précision ce que vous étiez en train de faire au moment de l’accident. **Quelle a été la durée respective de chacune de vos tâches depuis l’accident ?**
 |  |  |  |
| 1. **Quel est le chemin que vous avez emprunté pour rejoindre le point de regroupement ? Quel est le temps que vous avez mis pour rejoindre le point de regroupement ?**
 |  |  |  |
| 1. Décrivez votre environnement proche : **Étiez-vous à proximité d’éléments positionnés entre vous et le site de l’incident ? En béton ? En autre matière ? Pouvez-vous préciser leur taille et leur épaisseur approximatives ?**
 |  |  |  |
| 1. **Quelle était votre position ?** Debout, assis, couché, autre ?
 |  |  |  |
| 1. **Avez‑vous sur vous un téléphone ou autre objet**

**électronique, montre, des lunettes, un paquet de tabac, des confiseries, des médicaments, des sucres ou des édulcorants ?** Si oui, préciser leur localisation au moment de l’accident (par exemple, dans quelle poche). Ces objets peuvent être utiles pour la reconstitution dosimétrique. |  |  |  |
| 1. **Pour les travailleurs : Avez-vous connaissance de la nature et activité de la source ? du type de rayonnement ? de la dose, débit de dose ?**
 |  |  |  |
| **Portiez-vous un dosimètre ?** opérationnel ? à lecture différée ? |  |  |  |

Un schéma précis complète le questionnaire : représenter les lieux où la victime se trouvait au moment de l’événement, localiser sa position au sol, dans l’espace et par rapport au point initial de l’événement, et celle des personnes éventuellement présentes autour de lui (marquage au sol).

Pour placer ces différents éléments avec le plus de précision possible, en respectant les distances, utiliser par exemple la grille ci-dessous. 1 carré = 0,50 m X 0,50 mètre.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Questionnaire approfondi (suite)

***Partie 2 : les troubles déclarés***

(Renseigner 3 colonnes « oui » / « non » / « précisions ») :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **QUESTION** | **OUI** | **NON** | **PRECISIONS** |
| 1. **Avez-vous des nausées ?** Depuis quand ? Un peu, beaucoup ?
 |  |  |  |
| 1. **Avez-vous mal au ventre ?** Depuis quand ? Un peu, beaucoup ?
 |  |  |  |
| 1. **Avez-vous présenté des pertes de connaissance ?**

Quand ? Combien de fois ? |  |  |  |
| 1. **Êtes-vous gêné pour déglutir ?**
 |  |  |  |
| 1. **Avez-vous des vertiges ?** Depuis quand ? Un peu, beaucoup ?
 |  |  |  |
| 1. **Avez-vous vomi avant l’interrogatoire ?** Combien de fois ? À quelle heure ?
 |  |  |  |
| 1. **Avez-vous eu la diarrhée avant l’interrogatoire ?** Combien de fois ?
 |  |  |  |
| 1. **Êtes-vous fatigué ? Épuisé ?** Depuis quand
 |  |  |  |
| 1. **Avez-vous mal à la tête ?** Depuis quand ? Un peu, beaucoup ?
 |  |  |  |
| 1. **Avez-vous mangé depuis l’accident ?**
 |  |  |  |

***Partie 3 : les troubles observés***

(Renseigner 3 colonnes « oui » / « non » / « précisions ») :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **QUESTION** | **OUI** | **NON** | **PRECISIONS** |
| 1. **Le sujet présente-t-il un « coup de soleil » ?** Depuis quand ? Le localiser précisément : visage, mains, autre.
 |  |  |  |
| 1. **Le sujet a-t-il vomi pendant l’interrogatoire ?**

Noter scrupuleusement : nombre de fois, heure, durée |  |  |  |
| 22-**Le sujet a-t-il eu la diarrhée pendant l’interrogatoire ?**  Noter : nombre de fois, heure, aspect. |  |  |  |
| 23-**Le sujet semble-t-il avoir des difficultés à répondre aux questions ?** |  |  |  |

La réponse « oui » à une seule des questions précédentes impose de remplir le questionnaire médical suivant sur le terrain (Poste médical avancé - PMA).