Enquête Mortalité par Accident de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans

(1er janvier 2009 au 31 décembre 2009)

N°Identifiant |__|__|__|__|__|

Informations recueillies auprès de (Nom, implication dans l'accident) : ……..……..……

Intervention / prise en charge de la victime

Date de l'intervention / prise en charge (*jj/mm/aaaa*) _ _ _ _ _ _ _ _

Organisme de Secours :.....**Téléphone** : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Département** : _ _

Décès de l'enfant

Date de décès (*jj/mm/aaaa*) _ _ _ _ _ _ _ _ **Lieu de décès** : □ Lieu de l'accident □ Hôpital □ Autre lieu : ……..

Code postal de la commune du décès : _ _ _ _ _

Enfant

Age (en mois ou année) : …….. ou **Année de naissance**……**Sexe** : ……**Département de résidence** : _ _

Accident

Description des circonstances de l'accident :……..

……..……..

……..……..

……..……..

……..……..

Type d'activité de l'enfant : □ travaux domestiques □ travaux bricolages □ activité éducative □ jeu et activité de loisir □ sport □ activité vitale □ autres, précisez…..……..……

Lieu de l'accident :……..……

Précisions sur le lieu (caractéristiques, système de sécurité, privé/public, etc.) :…….....

……

Profil lésionnel de l'enfant : Nombre de lésions : ……..……

Lésion 1 :……..…… Partie lésée 1 :…….....

Lésion 2 : ……..……Partie lésée 2 :…….....

Lésion 3 :……..…… Partie lésée 3 :…….....

Mécanisme(s) ayant conduit à l'accident :……..……..……

Produit(s) impliqué(s) dans l'accident :……..……

Produit(s) ayant causé(s) la lésion :……..……

Autre(s) produit(s) :……..……..

Enfant accompagné lors de l'accident : □ oui □ non **Si oui, d'un** : □ majeur □ mineur, **si mineur, précisez son âge** : ……

Autres remarques :……

Environnement de l'enfant

Nombre de frère(s) et sœur(s) :……..……..……**Rang dans la fratrie** :……..……..……

Mode de vie :

- □ vit avec ses deux parents
- □ Famille monoparentale dont le chef de ménage est le père
- □ Famille monoparentale dont le chef de ménage est la mère
- □ Hors de la famille, précisez……..……

Niveau d'études :	Père (ou représentant légal homme)	Mère(ou représentant légal femme)
Pas d'étude – niveau primaire	□	□
Inférieur au BAC	□	□
BAC	□	□
Supérieur au Bac	□	□

Situation professionnelle :	Père (ou représentant légal homme)	Mère(ou représentant légal femme)
Activité	□	□
Chômage	□	□
Retraité	□	□
Formation	□	□
Autre	□	□

Profession actuelle ou dernière profession exercée :

Père (ou représentant légal homme) :……

Mère (ou représentant légal femme) :……

Questionnaire à retourner à l'InVS - Unité Traumatismes - 12 rue du Val d'Osne – 94415 Saint-Maurice ou par Fax : 01 41 79 69 95