

DOSSIER SOMATO-PSYCHOLOGIQUE

Document à compléter par le médecin traitant et à transmettre au centre de consultation à :
Docteur Remi FOUSSAT à Aurillac remifoussat@gmail.com,

CONSULTATION FOUEROYÉS DU JJ/MM/AAAA

ÉTIQUETTE	N° SUJET _/_/_/_/_
NOM :	
NOM DE JEUNE FILLE :	
PRÉNOM :	
DATE DE NAISSANCE :	
COMMUNE / DÉPARTEMENT DE NAISSANCE :	

DATE DU FOUEROIEMENT (F) :

HEURE DU FOUEROIEMENT :

Genre

☐ Masculin☐ Féminin

Age lors du F

____/____ (année)

Age actuel

____/____

◆ STATUT SOCIO-DÉMO :

	LORS DU F	ACTUEL
Situation maritale	☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ou Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e) ou Concubinage	☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ou Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e) ou Concubinage
Enfant(s) à charge	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Niveau d'étude	☐ Aucun ☐ Brevet élémentaire, BEPC ☐ Brevet des Collèges ☐ CAP, BEP ☐ Baccalauréat ☐ Diplôme de 1er cycle ☐ Diplôme de 2ème ou 3ème cycle	☐ Aucun ☐ Brevet élémentaire, BEPC ☐ Brevet des Collèges ☐ CAP, BEP ☐ Baccalauréat ☐ Diplôme de 1er cycle ☐ Diplôme de 2ème ou 3ème cycle

	☐ Autre (diplôme étranger, etc.)	☐ Autre (diplôme étranger, etc.)
Situation professionnelle	☐ En activité ☐ Sans emploi ☐ Retraité(e) ☐ Au foyer ☐ Étudiant(e) ☐ Autre (service militaire)	☐ En activité ☐ Sans emploi ☐ Retraité(e) ☐ Au foyer ☐ Étudiant(e) ☐ Autre (service militaire)
Profession	☐ Agriculteur exploitant ☐ Artisan, commerçant ou chef d'entreprise ☐ Cadre ou profession intellectuelle supérieure ☐ Profession libérale ☐ Profession intermédiaire ☐ Employé(e) ☐ Ouvrier (y compris ouvrier agricole)	☐ Agriculteur exploitant ☐ Artisan, commerçant ou chef d'entreprise ☐ Cadre ou profession intellectuelle supérieure ☐ Profession libérale ☐ Profession intermédiaire ☐ Employé(e) ☐ Ouvrier (y compris ouvrier agricole)

I - ANTÉCÉDENTS

◆ Avez-vous fait votre service national ? ☐ OUI ☐ NON

Si non, pourquoi ? _____

◆ SOMATIQUES

☐ Neurologiques

Avez-vous eu un AVC, épilepsie, céphalées ou d'autres maladies du système nerveux ?

Autres ?

Détails :

☐ Cardiologiques

Avez-vous eu un infarctus du myocarde, des troubles du rythme ou une autre maladie cardiaque ?

Autres ?

Détails :

☐ Ophtalmologiques

Avez-vous une cataracte ou d'autres maladies des yeux ?

Autres ?

Détails :

☐ ORL

Avez-vous eu des acouphènes, des vertiges ou d'autres maladies des oreilles ?

Autres ?

Détails :

☐ Pneumologiques

Avez-vous de l'asthme, une bronchite chronique ou d'autres maladies respiratoires ?

Autres ?

Détails :

☐ Vasculaire

Avez-vous de l'hypertension artérielle ou d'autres maladies des vaisseaux sanguins ?

Autres ?

Détails :

☐ Néphrologiques

Avez-vous une insuffisance rénale chronique ou d'autres maladies des reins ou voies urinaires ?
Autres ?

Détails :

☐ Gastro-entérologies

Avez-vous eu un ulcère gastroduodéal ou d'autres maladies du système digestif ?
Autres ?

Détails :

☐ Endocriniens

Avez-vous du diabète ou d'autres maladies des glandes ?

Détails :

☐ Traumatologiques

Avez-vous eu un traumatisme crânien ou d'autres accidents ?

Détails :

☐ Anesthésiques

Avez-vous eu des complications anesthésiques ?
Autres ?

Détails :

☐ Obstétriques

Avez-vous eu des grossesses avec ou sans complications ?
Autres ?

Détails :

☐ Rhumatologiques

Avez-vous des maladies de l'appareil locomoteur ?

Détails :

☐ Autres ATCD

◆ PSYCHIATRIQUES

☐ Trouble de l'humeur :

Détails :

☐ Trouble psychotique :

Détails :

☐ Anxiété :

Détails :

☐ Addiction :

Détails :

☐ Autres :

◆ TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ACTUEL

Molécules utilisées :

Nature du traitement :

Durée du traitement :

II - BILAN CIRCONSTANCIEL DU F

- ◆ DÉLAI DE LA CS :
- ◆ MOIS DE LA FULGURATION :
- ◆ JOUR DE LA SEMAINE :
- ◆ HEURE DE LA FULGURATION :
- ◆ DÉPARTEMENT :
- ◆ COMMUNE :
- ◆ ALTITUDE (mètres) :

1 - ENVIRONNEMENT

		<u>Si oui</u>	
<u>À l'extérieur :</u>	☐ NON	sous un arbre	☐ oui ☐ non
	☐ OUI	sous une tente	☐ oui ☐ non
		à proximité de la mer	☐ oui ☐ non
		à proximité d'une étendue d'eau	☐ oui ☐ non
		sur une plaine	☐ oui ☐ non
		à proximité d'un lieu élevé	☐ oui ☐ non
		à proximité d'une voiture	☐ oui ☐ non
		au téléphone	☐ oui ☐ non
		en avion	☐ oui ☐ non
		en bateau	☐ oui ☐ non
		Dans une grotte	☐ oui ☐ non
		Autres :	

À l'intérieur :	☐ NON ☐ OUI	en contact avec un point d'eau	☐ oui ☐ non
		à proximité d'un interrupteur (2.5 m) et d'une gazinière (50 cm)	☐ oui ☐ non
		en contact de conducteurs (appareils électriques / conduit de cheminée)	☐ oui ☐ non
		Dans un véhicule automobile ou autre	☐ oui ☐ non

2 - MÉTÉO

Prévision de la veille :	Orages	☐ oui ☐ non
	Vigilance :	Jaune Orange Rouge
Météo du jour :	Soleil / Éclaircies	☐ oui ☐ non
	Variable	☐ oui ☐ non
	Couvert	☐ oui ☐ non
	Pluie / Averses	☐ oui ☐ non
	Orageux	☐ oui ☐ non
Durant l'orage :	Tonnerre	☐ oui ☐ non
	Éclairs	☐ oui ☐ non
	Boule de feu ?	☐ oui ☐ non
	Délai entre le tonnerre et l'éclair (en secondes)	s

3 - ACTIVITÉ AU MOMENT DE LA FULGURATION :

Sport

Si oui, lequel : _____

☐ oui ☐ non

Loisir

Si oui, lequel : _____

☐ oui ☐ non

Travail

Si oui, lequel : _____

☐ oui ☐ non

Activité ménagère :

☐ oui ☐ non

Utilisation d'appareils électroniques ou électriques

☐ oui ☐ non**4 - CONTACT OU PORT D'OBJET MÉTALLIQUE**

Lunette	
Pince à cheveux	
Chapeau avec pièces métalliques	
Boucles d'oreilles	
Piercing (localisation et nombre)	
Bagues / collier / bracelet	
Fermeture éclair (localisation et nombre)	
Sac avec boucle ou armature métallique	
Boutons divers (localisation et nombre)	
Boucle de ceinture	
Couteau	
Clé	
Téléphone	
Autres	

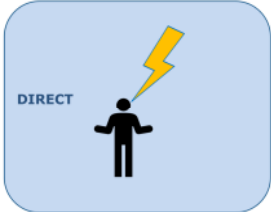
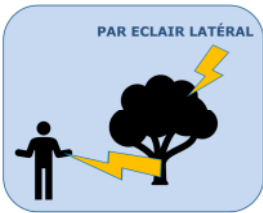
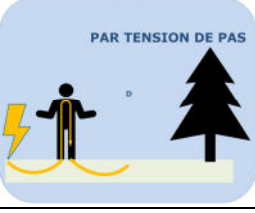
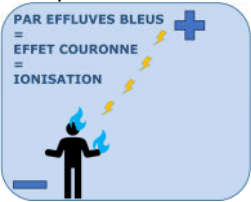
5 - NOMBRE DE PERSONNES

GROUPE	☐ NON ☐ OUI	<u>Si oui</u>	
		Nombre de personnes	
		Autres personnes atteintes au sein du groupe	☐ oui ☐ non
		<u>Si oui</u>	
		Touchées/lésées	☐ oui ☐ non Précisez le nombre : ____ Précisez le type de lésion(s) :
		Décédées	☐ oui ☐ non Précisez le nombre : ____
		Réaction des personnes présentes	☐ oui ☐ non
		<u>Si oui</u>	
		Donnent l'alerte	☐ oui ☐ non
		Premiers secours	☐ oui ☐ non

6 - PRÉSENCE D'ANIMAUX

		<u>Si oui</u>	
ANIMAUX	☐ NON ☐ OUI	Type d'animaux	
		Compagnie (chat / chien) Précisez :	☐ oui ☐ non
		Domestique (bétails) Précisez :	☐ oui ☐ non
		Autre Précisez :	☐ oui ☐ non
		Atteinte des animaux	☐ oui ☐ non
		<u>Si oui</u>	
		Touchés/lésés	☐ oui ☐ non Précisez le nombre : ____
		Décédés	☐ oui ☐ non Précisez le nombre : ____

7 - MÉCANISME DE LA FULGURATION

Choc direct 	☐ oui ☐ non
Éclair latéral 	☐ oui ☐ non
Contact 	☐ oui ☐ non
Tension de pas 	☐ oui ☐ non
Streamer (1^{ère} étape de la foudre) = lueur bleu/blanche = cheveux dressés = bourdonnement d'abeille = crépitements 	☐ oui ☐ non

8 - BLAST : onde de choc
☐ oui ☐ non

Si effet de blast : ☐ Primaire (lésions directes)

☐ Secondaire (projection de débris)

☐ Tertiaire (projection de l'individu)

9 - Anamnèse rédigé :

A faire par le patient, le médecin en charge ou le médecin kéraunologue

III - BILAN et PRISE EN CHARGE INITIAUX

- ☐ Fait sur le terrain par :
- ☐ Témoins
 - ☐ Secours de passage
 - ☐ Secours professionnels
- ☐ Fait pendant le transport :
- ☐ Fait à l'hôpital :
- ☐ Fait en ambulatoire :
- ☐ Fait rétrospectivement lors de la consultation :

1/ SYMPTOMATOLOGIE INITIALE**A/ BILAN FONCTIONNEL :****a-CARDIOLOGIQUE**

- Arrêt cardio-respiratoire (asystolie / fibrillation ventriculaire) ☐ oui ☐ non
- Collapsus (baisse de la pression artérielle) ☐ oui ☐ non
- Douleurs thoraciques ☐ oui ☐ non
- Arythmie au pouls (irrégularité des pulsations cardiaques) ☐ oui ☐ non

a-NEUROLOGIQUE

- Perte de connaissance (quelques minutes)
Précisez la durée (minutes) : ☐ oui ☐ non
- Coma (plusieurs heures) ☐ oui ☐ non
- Troubles de mémoire ☐ oui ☐ non

Troubles sensitifs (paresthésie/dysesthésie) ☐ oui ☐ non

Anesthésie ☐ oui ☐ non

Troubles moteurs permanents (paralysie/déficit) ☐ oui ☐ non

Kéraunoparalysie : paralysie transitoire post-foudroiement ☐ oui ☐ non

Précisez la localisation :

Précisez la durée :

Céphalées ou maux de tête ☐ oui ☐ non

Convulsions ☐ oui ☐ non

Perte d'urines ou morsure de langue ☐ oui ☐ non

c-PULMONAIRE

Arrêt respiratoire/apnée ☐ oui ☐ non

Difficultés respiratoires (polypnée) ☐ oui ☐ non

B/BILAN LESIONNEL

a-CUTANE

Erythème (rouge) ☐ oui ☐ non

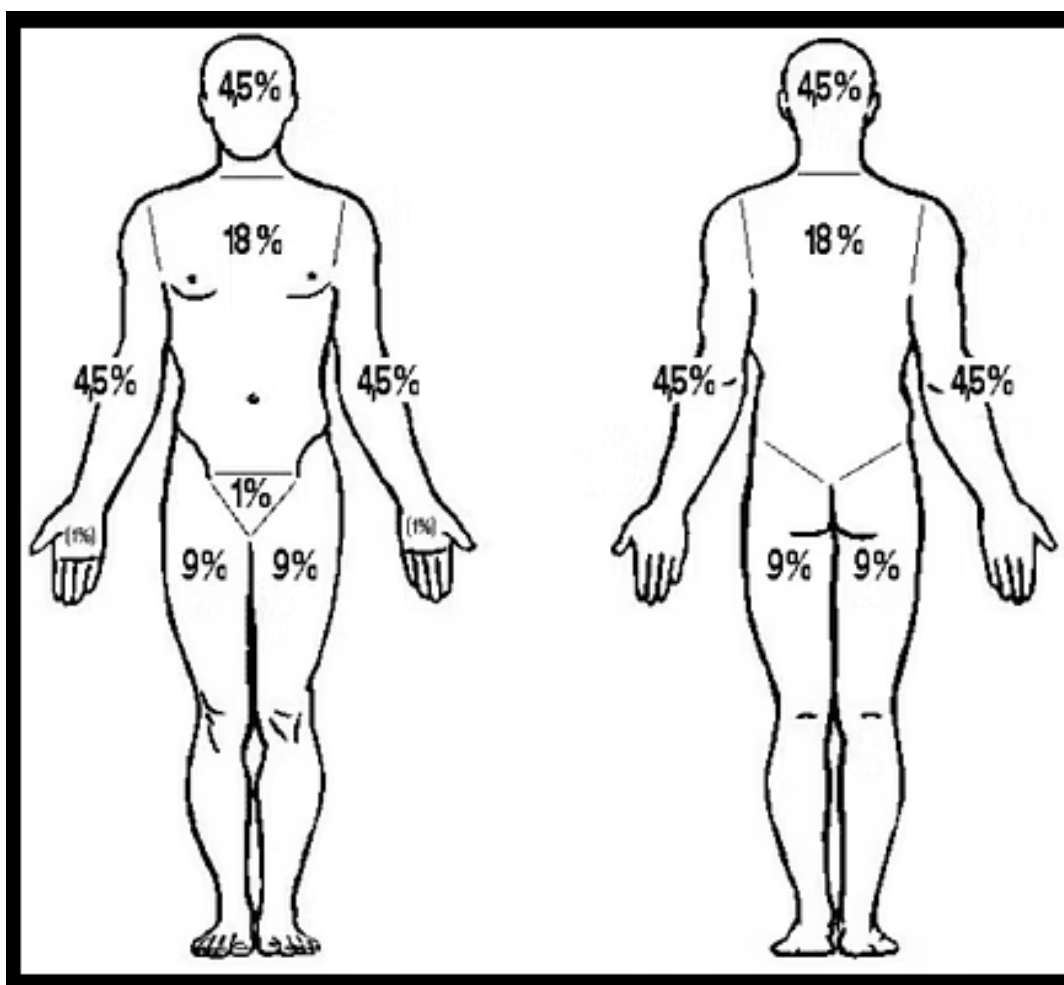
Phlyctènes (Bulles) ☐ oui ☐ non

Escarres (noires) ☐ oui ☐ non

Point d'entrée : ☐ oui ☐ non

Points de sorties : ☐ oui ☐ non

Localisation : cf page suivante

**b-ORL**

Surdité (rupture de la membrane tympanique)

☐ oui ☐ non

Acouphènes

☐ oui ☐ non

Vertiges

☐ oui ☐ non

Pétéchies trachéale (si intubation)

☐ oui ☐ non

c-OHTALMOLOGIQUE

Aveugle (cécité)	☐ oui	☐ non
Persistance rétinienne	☐ oui	☐ non
Flash/distorsions visuelles (flou visuel)	☐ oui	☐ non
Diplopie (vision double)	☐ oui	☐ non
Douleur oculaire	☐ oui	☐ non

d-TRAUMATOLOGIQUE

Impotence fonctionnelle	☐ oui	☐ non
Douleurs (mains, pieds, genou et cou)	☐ oui	☐ non
Rupture tendineuse	☐ oui	☐ non

e-MUSCULAIRE

Hypertonie	☐ oui	☐ non
Crampes	☐ oui	☐ non
Tremblements	☐ oui	☐ non

f-AUTRES

Précisez :

C/ PSYCHOTRAUMATIQUE

Au moment du foudroiement ou immédiatement après :

a-DISSOCIATION PERITRAUMATIQUE

1- Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait - j'étais complètement déconnecté-e ou je me suis senti comme si je ne faisais pas partie de ce qui se passait.

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

2- Je me suis retrouvé-e comme en "pilotage automatique" - j'ai réalisé plus tard que je m'étais mis-e à faire des choses que je n'avais pas activement décidées de faire.

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

3- Ma perception du temps était changée - les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti.

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

4- Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou regardant un film, ou en train de jouer un rôle.

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

5- C'est comme si j'étais le ou la spectateur-trice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observait de l'extérieur.

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

6- Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était déformée ou modifiée. Je me sentais déconnecté-e de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

7- J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres m'arrivaient à moi aussi -comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

8- J'ai été surpris-e de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées.

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

9- J'étais confus-e; c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment.

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

10- J'étais désorienté-e; c'est-à-dire que par moment j'étais incertain-e de l'endroit où je me trouvais, ou de l'heure qu'il était.

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

b-DETRESSE PERITRAUMATIQUE

1- Je ressentais de l'impuissance

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

2- Je ressentais de la tristesse et du chagrin

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

3- Je me sentais frustré(e) et en colère

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

4- J'avais peur pour ma propre sécurité

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

5- Je me sentais coupable

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

6- J'avais honte de mes réactions émotionnelles

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

7- J'étais inquiet pour la sécurité des autres

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

8- J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

9- J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle

☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

10- J'étais horrifié(e)

- ☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

11- J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations

- ☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

12- Je sentais que je pourrais m'évanouir

- ☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

13- Je sentais que je pourrais mourir

- ☐ Pas du tout vrai ☐ Un peu vrai ☐ Plutôt vrai ☐ Très vrai ☐ Extrêmement vrai

2/ SOINS D'URGENCE PRÉ-HOSPITALIERS

- ☐ Aucun
- ☐ ECG
- ☐ Bilan biologique
- ☐ Réanimation cardio pulmonaire avec défibrillation
- ☐ Réanimation cardio pulmonaire sans défibrillation
- ☐ Oxygénothérapie
- ☐ Pose de voie veineuse périphérique et perfusions
- ☐ Injection de sédatifs
- ☐ Injection d'analgésiques
- ☐ Immobilisation fracture
- ☐ Pansements/ Hémostase
- ☐ Autre :

3/ TRANSPORT

- ☐ Voiture
- ☐ Ambulance VSAV
- ☐ Hélicoptère
- ☐ Autre :
- ☐ Durée du transport : __ / __ (heures /minutes)

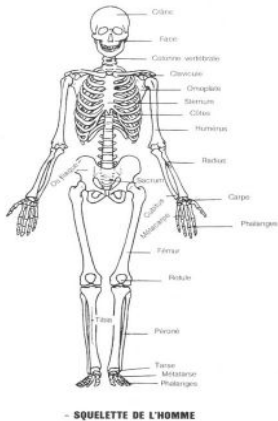
4/ SERVICE D' HOSPITALISATION

- ☐ Accueil des urgences adultes
- ☐ Accueil des urgences pédiatriques
- ☐ UHCD = unité d'hospitalisation de courte durée
- ☐ Soins intensifs
- ☐ Réanimation
- ☐ Service spécialisé, précisez :

5/ BILAN CLINIQUE et PARACLINIQUE HOSPITALIER

DURÉE D' HOSPITALISATION __/__/__ (jour/mois/année)

<u>APPAREIL CONCERNE</u>	<u>EXAMENS</u>	<u>RESULTATS</u>
Cardiologique :		
☐ Examen clinique	☐ ECG ☐ Enzymes cardiaques ☐ Autre	
Neurologique :		
☐ Examen clinique	☐ EEG ☐ IRM cérébrale ☐ IRM médullaire ☐ IRM plexique ☐ Scanner (précisez) ☐ Autre	
Ophtalmologique		
☐ Examen clinique	☐ Examens complémentaires ☐ Suivi ☐ Autre	
ORL		
☐ Examen clinique	☐ Examens complémentaires ☐ Autre	

Néphrologique :		
☐ Examen clinique	☐ Fonction rénale (créatinine, DFG, CPK, BH, Calcémie, TP-INR) ☐ Autre	
Traumatologique		
☐ Examen clinique	☐ Radiographies	 - SQUELETTE DE L'HOMME
Psychiatrique	☐ Oui ☐ non	
Cutané	☐ Oui ☐ non	
Bilan biologique	☐ Oui ☐ non	

IV - ÉVOLUTION

JOUR DU BILAN INITIAL : ____/____/____

HEURE DU BILAN INITIAL: ____/____

1/ ÉVOLUTION DES TROUBLES

<u>APPAREILS CONCERNES</u>	<u>TROUBLES PASSES</u>	<u>DUREE DES TROUBLES JJ/MM/AA</u>	<u>TROUBLES ACTUELS</u>
<u>A-CARDIOLOGIQUE</u>			
Infarctus du myocarde	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Asystolie/Fibrillation ventriculaire	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Troubles de la conduction	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Atteinte péricardique	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Embolie pulmonaire / Thrombose veineuse	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
<u>B-NEUROLOGIQUE</u>			
Anesthésie	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Paresthésie/Dysesthésie	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Paralyse	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Déficit moteur	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Épilepsie	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Céphalées	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Trouble de la mémoire	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Troubles de la parole / écriture	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Vertiges / troubles de l'équilibre / troubles de la marche	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non

<u>C-CUTANE</u>			
Figure de Lichtenberg Précisez la localisation :	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Points d'entrées / sorties	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Autres :	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
<u>D-ORL</u>			
Rupture de la membrane tympanique	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Lésion vestibulaire	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Vertiges	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
<u>E-OPHTALMOLOGIQUE</u>			
Cataracte Précisez le délai d'apparition (mois) :	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Hémorragie intraoculaire	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Iritis	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Atteinte rétinienne	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Baisse de la vision de loin / de près	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
<u>F-TRAUMATOLOGIQUE / RHUMATOLOGIE</u>			
Fracture	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Luxation articulaire	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Contusions	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non
Arrachement tendineux	☐ oui ☐ non	___/___/___	☐ oui ☐ non

Douleur articulaire / Rigidité articulaire	☐ oui ☐ non	__/__/__	☐ oui ☐ non
6-NEPHROLOGIQUE			
Insuffisance rénale	☐ oui ☐ non	__/__/__	☐ oui ☐ non
Élévation des CPK	☐ oui ☐ non	__/__/__	☐ oui ☐ non
Myoglobinurie	☐ oui ☐ non	__/__/__	☐ oui ☐ non

2/ RÉÉDUCATION À DISTANCE☐ oui ☐ non

- ☐ Kinésithérapie arthro-musculo-tendineuse
- ☐ Kinésithérapie neuro vestibulaire
- ☐ Kinésithérapie du traumatisé crânien (si choc direct sur la sphère cérébrale)
- ☐ Orthoptiste
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Posturologue
- ☐ Neuropsychologue

3/ RÉHOSPITALISATION À DISTANCE (en lien avec le foudrolement)☐ oui ☐ non

V - PSYCHOTRAUMATOLOGIE**1- SYMPTOMATOLOGIE DANS LES MOIS SUIVANTS LE FOUDROIEMENT****A/ EPISODE DEPRESSIF MAJEUR.**

A1	<u>APRES LE FOUDROIEMENT</u> , VOUS ETES-VOUS SENTI(E) <u>PENDANT AU MOINS DEUX SEMAINES</u> , PARTICULIEREMENT TRISTE, CAFARDEUX(SE), DEPRIME(E), LA PLUPART DU TEMPS AU COURS DE LA JOURNEE, ET CE, PRESQUE TOUS LES JOURS ?	☐ NON	☐ OUI
A2	<u>AU COURS DE CES DEUX SEMAINES</u> , AVIEZ-VOUS PRESQUE TOUT LE TEMPS LE SENTIMENT DE N'AVOIR PLUS GOUT A RIEN, D'AVOIR PERDU L'INTERET OU LE PLAISIR POUR LES CHOSES QUI VOUS PLAISENT HABITUELLEMENT ?	☐ NON	☐ OUI
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	☐ NON	☐ OUI
A3	Au cours de cette période d'au moins deux semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :		
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.)	☐ NON	☐ OUI
	COTER OUI , SI OUI A L'UN OU L'AUTRE		
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?	☐ NON	☐ OUI
c	Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	☐ NON	☐ OUI
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	☐ NON	☐ OUI
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	☐ NON	☐ OUI
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	☐ NON	☐ OUI
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	☐ NON	☐ OUI
		☐ NON	☐ OUI
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 <u>OU</u> A2 EST COTEE NON)		EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE
			EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

B/ ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

I2	Aviez-vous souvent pensé de façon pénible au foudroiement, en aviez-vous rêvé, ou aviez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	☐ NON	☐ OUI
I3	Pendant cette période (pensées, souvenirs, rêves pénibles) :		
a	Aviez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou aviez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?	☐ NON	☐ OUI
b	Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?	☐ NON	☐ OUI
c	Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	☐ NON	☐ OUI
d	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	☐ NON	☐ OUI
e	Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	☐ NON	☐ OUI
f	Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	☐ NON	☐ OUI
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?	☐ NON	☐ OUI
I4	Pendant cette période :		
a	Aviez-vous eu des difficultés à dormir ?	☐ NON	☐ OUI
b	Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?	☐ NON	☐ OUI
c	Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	☐ NON	☐ OUI
d	Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	☐ NON	☐ OUI
e	Un rien vous faisait-il sursauter ?	☐ NON	☐ OUI
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?	☐ NON	☐ OUI
I5	Ces problèmes vous ont-ils gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?	☐ NON	☐ OUI
	I5 EST-ELLE COTEE OUI ?	☐ NON	☐ OUI

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE PASSE
ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL

C/ TROUBLE PANIQUE

E1	Suite au foudrolement , aviez-vous eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous étiez senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10'?	☐ NON	☐ OUI		
SI E1 = NON , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1					
E2	Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	☐ NON	☐ OUI		
SI E2 = NON , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1					
E3	A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, aviez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?	☐ NON	☐ OUI		
SI E3 = NON , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1					
E4	Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :				
a	Aviez vous des palpitations ou votre coeur battait-il très fort ?	☐ NON	☐ OUI		
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	☐ NON	☐ OUI		
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	☐ NON	☐ OUI		
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	☐ NON	☐ OUI		
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	☐ NON	☐ OUI		
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax?	☐ NON	☐ OUI		
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	☐ NON	☐ OUI		
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	☐ NON	☐ OUI		
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	☐ NON	☐ OUI		
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle)?	☐ NON	☐ OUI		
k	Aviez-vous peur de mourir ?	☐ NON	☐ OUI		
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	☐ NON	☐ OUI		
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	☐ NON	☐ OUI		
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?	☐ NON	☐ OUI		
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?	☐ NON	☐ OUI		
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">TROUBLE PANIQUE ACTUEL</td> </tr> </table>				TROUBLE PANIQUE ACTUEL	
TROUBLE PANIQUE ACTUEL					

D/ AGORAPHOBIE

F1	<u>Suite au foudroiement</u>, étiez-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serez difficile d'avoir une aide si vous paniquiez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?	☐ NON ☐ OUI
----	---	---

SI F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

F2	Redoutiez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitiez ou bien étiez-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontiez seul(e) ou bien encore essayiez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous deviez les affronter ?
----	--

☐ NON	☐ OUI
AGORAPHOBIE PASSEE	
AGORAPHOBIE ACTUELLE	

2- INTENSITE SYMPTOMATIQUE ACTUELLE**A/ EPISODE DEPRESSIF MAJEUR**

Consigne : ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soins chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des 2 dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez-le.

Tristesse	0. Je ne me sens pas triste 1. Je me sens très souvent triste 2. Je suis tout le temps triste 3. Je suis si triste ou si malheureux (se) que ce n'est pas supportable.
Pessimisme	0. Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir. 1. Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir. 2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi. 3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
Échecs dans le passé	0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e). 1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû. 2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs. 3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
Perte de plaisir	0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent. 1. Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant. 2. J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement. 3. Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.
Sentiments de culpabilité	0. Je ne me sens pas particulièrement coupable. 1. Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire. 2. Je me sens coupable la plupart du temps. 3. Je me sens tout le temps coupable.
Sentiment d'être puni	0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e). 1. Je sens que je pourrais être puni(e). 2. Je m'attends à être puni(e). 3. J'ai le sentiment d'être puni(e).
Sentiments négatifs envers soi-même	0. Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé. 1. J'ai perdu confiance en moi. 2. Je suis déçu(e) par moi-même. 3. Je ne m'aime pas du tout.
Attitude critique envers soi	0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude. 1. Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais. 2. Je me reproche tous mes défauts. 3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
Pensées ou désirs de suicide	0. Je ne pense pas du tout à me suicider. 1. Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas. 2. J'aimerais me suicider. 3. Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

Pleurs	0. Je ne pleure pas plus qu'avant. 1. Je pleure plus qu'avant. 2. Je pleure pour la moindre petite chose. 3. Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
Agitation	0. Je ne suis pas plus tendu(e) ou agité(e) que d'habitude. 1. Je me sens plus tendu(e) ou agité(e) que d'habitude. 2. Je suis si tendu(e) ou agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille. 3. Je suis si tendu(e) ou agité(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
Perte d'intérêt	0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités. 1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses. 2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses. 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
Indécision	0. Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant. 1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions. 2. J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions. 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.
Dévalorisation	0. Je pense être quelqu'un de valable. 1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant. 2. Je me sens moins valable que les autres. 3. Je ne vauds absolument rien.
Perte d'énergie	0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant. 1. J'ai moins d'énergie qu'avant. 2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose. 3. J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
Modifications dans les habitudes de sommeil	0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé. 1a. Je dors un peu plus que d'habitude. 1b. Je dors un peu moins que d'habitude. 2a. Je dors beaucoup plus que d'habitude. 2b. Je dors beaucoup moins que d'habitude. 3a. Je dors presque toute la journée. 3b. Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
Irritabilité	0. Je ne suis pas plus irritable que d'habitude. 1. Je suis plus irritable que d'habitude. 2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude. 3. Je suis constamment irritable.
Modifications de l'appétit	0. Mon appétit n'a pas changé. 1a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude. 1b. J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude. 2a. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude. 2b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude. 3a. Je n'ai pas d'appétit du tout. 3b. J'ai constamment envie de manger.
Difficultés à se concentrer	0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant. 1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude. 2. J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit. 3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

Fatigue	0. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. 1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude. 2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant. 3. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
Perte d'intérêt pour le sexe	0. Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe. 1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant. 2. Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant. 3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

0 9 dépression mineure

10 18 dépression légère

19 29 dépression modérée

30 63 dépression sévère

B/PTSD

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veillez lire chaque problème avec soin puis veuillez indiquer parmi les réponses possibles à quel point, dans le mois écoulé, vous avez été perturbé par le foudroiement en cochant la case correspondante.

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec le foudroiement					
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec le foudroiement					
3. Brusquement agir ou sentir comme si le foudroiement se reproduisait (comme si vous étiez en train de la/le revivre).					
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle le foudroiement					
5. Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé le foudroiement					
6. Éviter de penser ou de parler du foudroiement ou éviter des sentiments qui sont en relation avec le foudroiement					
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent le foudroiement					
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes du foudroiement					
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.					
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.					
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.					
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.					
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).					
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.					
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.					
16. Etre en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.					
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.					

C/ PHOBIE DE L'ORAGE

- ☐ Pas de malaise dans cette situation.
- ☐ Je me sens mal à l'aise mais n'évite pas la situation.
- ☐ J'ai nettement peur et tendance à éviter la situation.
- ☐ J'ai une peur intense de la situation et je l'évite autant que possible
- ☐ J'ai extrêmement peur de la situation et je l'évite toujours.

VI - ASPECT MEDICO-LEGAL

	Si oui	
1- ARRET DE TRAVAIL ☐ OUI ☐ NON	Durée : ____/ ____ (mois/jours) Conditions de reprise du travail ☐ Identiques ☐ Mi-temps thérapeutique ☐ Poste aménagé/reclassement Pension d'invalidité ☐ oui ☐ non	
2 - EVOLUTION DE CARRIERE FAVORABLE ☐ OUI ☐ NON		
3 - ACCIDENT DU TRAVAIL ☐ OUI ☐ NON	Reconnaissance en accident du travail ☐ oui ☐ non Date :	
4- EXPERTISE ☐ OUI ☐ NON	Nombre d'expertise : Expert indépendant : ☐ oui ☐ non Taux d'ITT : Incapacité permanente ☐ oui ☐ non Précisez le système anatomique concerné :	
5 - PREJUDICES ☐ OUI ☐ NON	Préjudice d'agrément ☐ oui ☐ non	☐ Diminution des loisirs ☐ Arrêt des loisirs
	Préjudice d'établissement ☐ oui ☐ non	☐ Modification de la configuration familiale ☐ Rupture dans la vie de famille
	Préjudice de formation ☐ oui ☐ non	☐ Diminution des capacités à étudier ☐ Arrêt des études
	Préjudice sexuel ☐ oui ☐ non	☐ Modification de la libido ☐ Trouble fonctionnel
	Taux d'incapacité :	

6 - PROCEDURES/LITIGES ☐ OUI ☐ NON	
7 - PROCEDURE ASSURANCIELLE ☐ OUI ☐ NON	GAV Contrat d'aide mutuelle Assurance CB Visa/MasterCard Rapatriement sanitaire Assurance d'un tiers/propriétaire/association/étatSS
8- RECONNAISSANCE SECURITE SOCIALE	ALD hors liste = ALD31 A demander dès l'apparition des premiers symptômes retardés en détaillant les symptômes et le projet de soins.
9 - DEGATS MATERIELS ☐ OUI ☐ NON	☐ Électronique/Électrique ☐ Construction/Habitation ☐ Voiture ☐ Autre