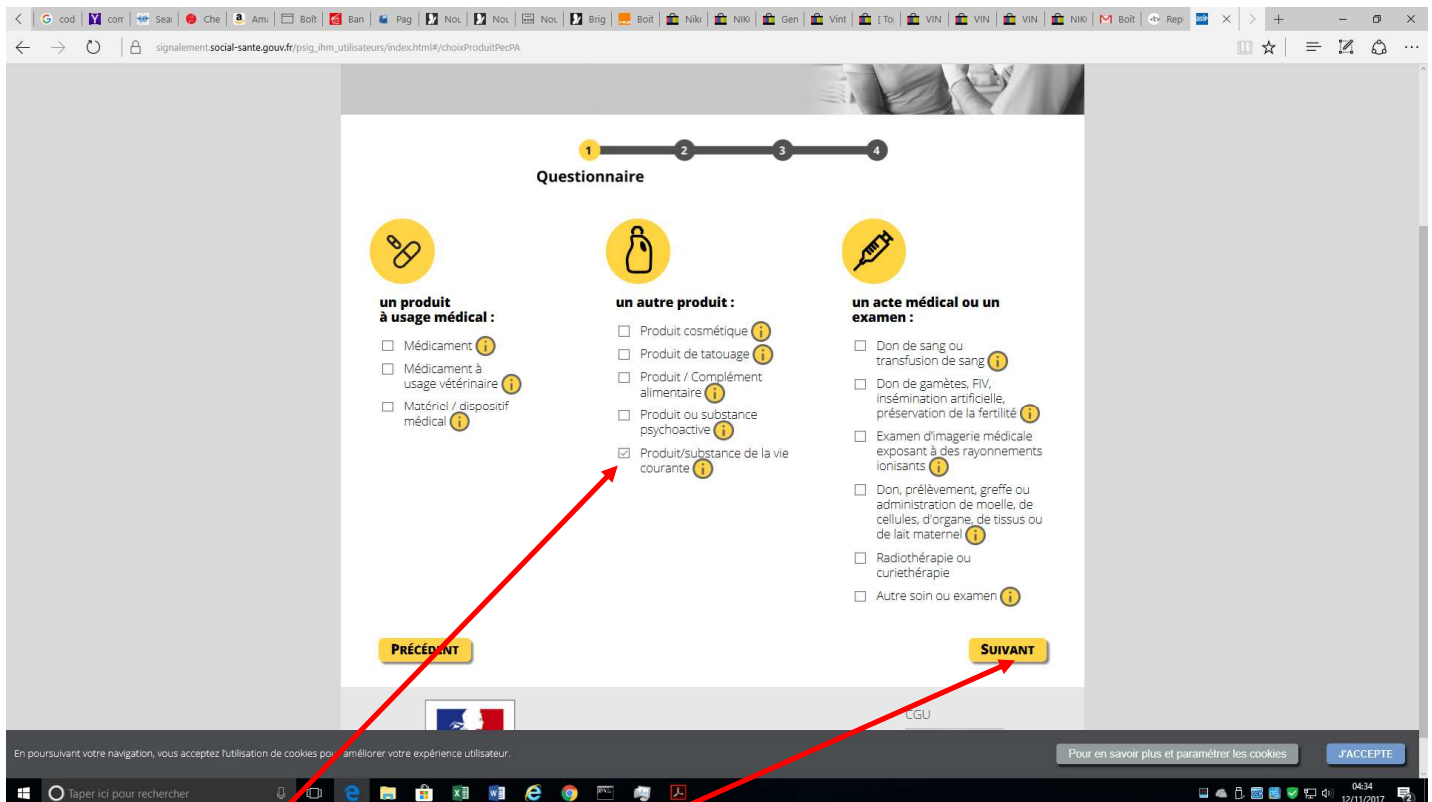
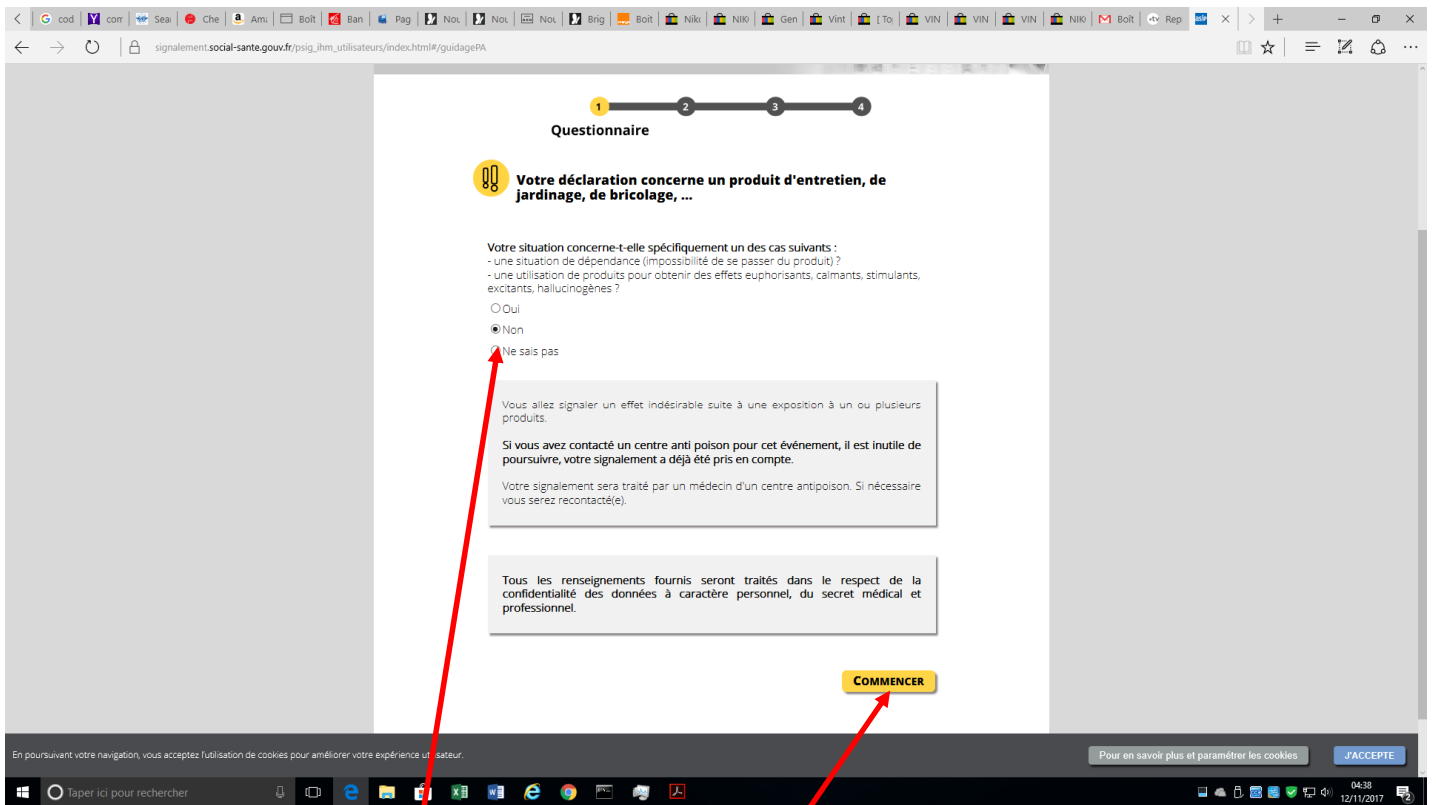


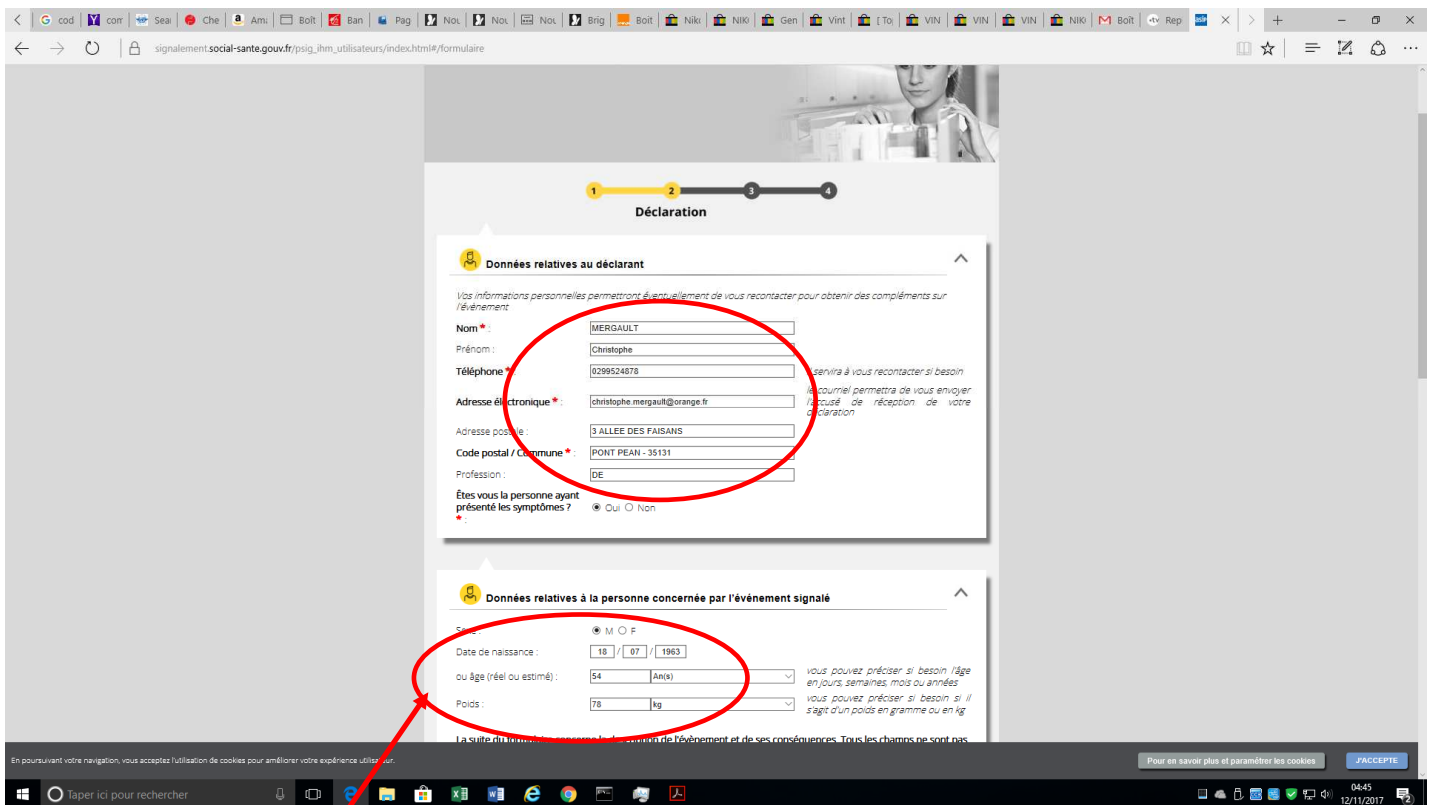
Cliquer ici



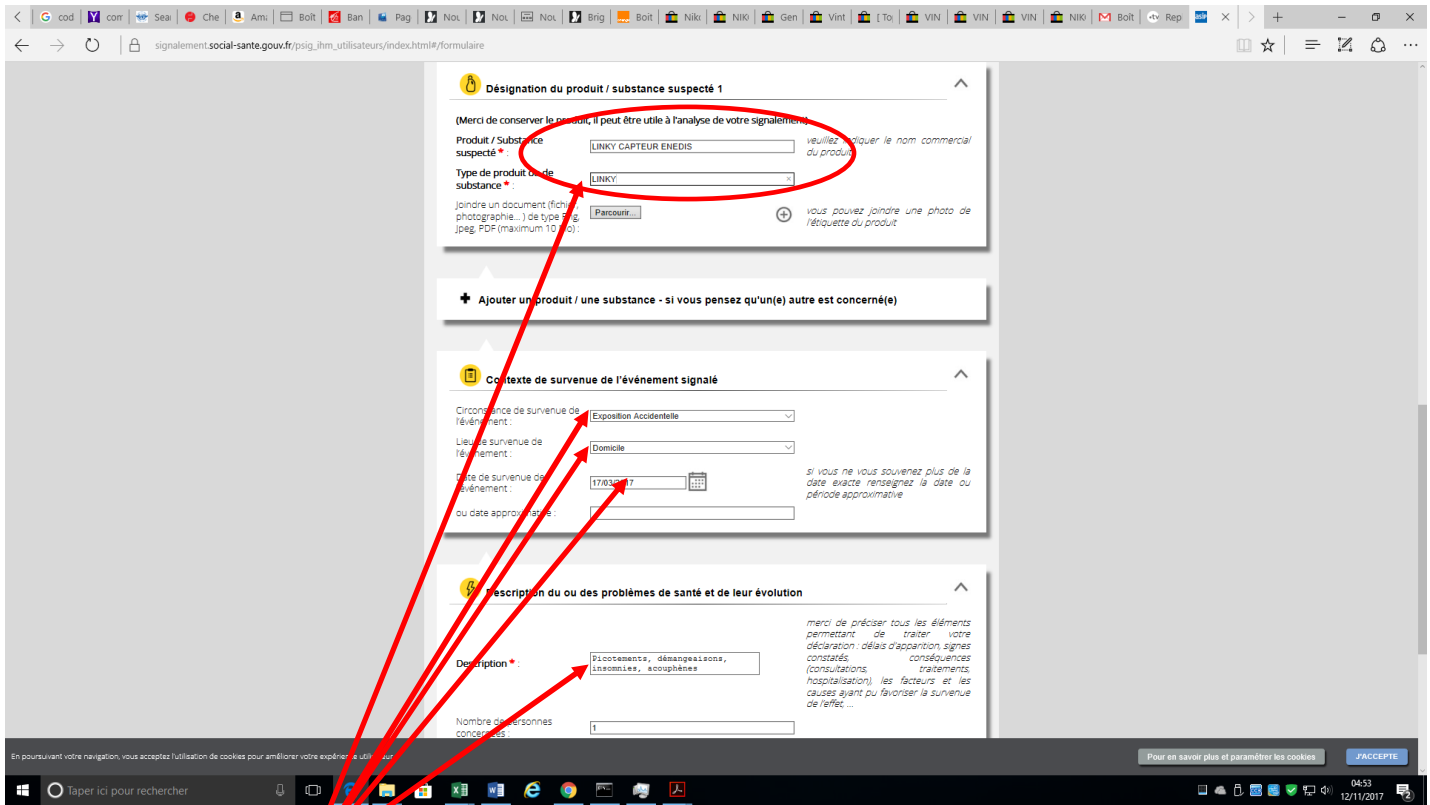
Cocher cette case puis cliquer sur suivant



Dans cet écran cocher la case Non, puis cliquer sur commencer

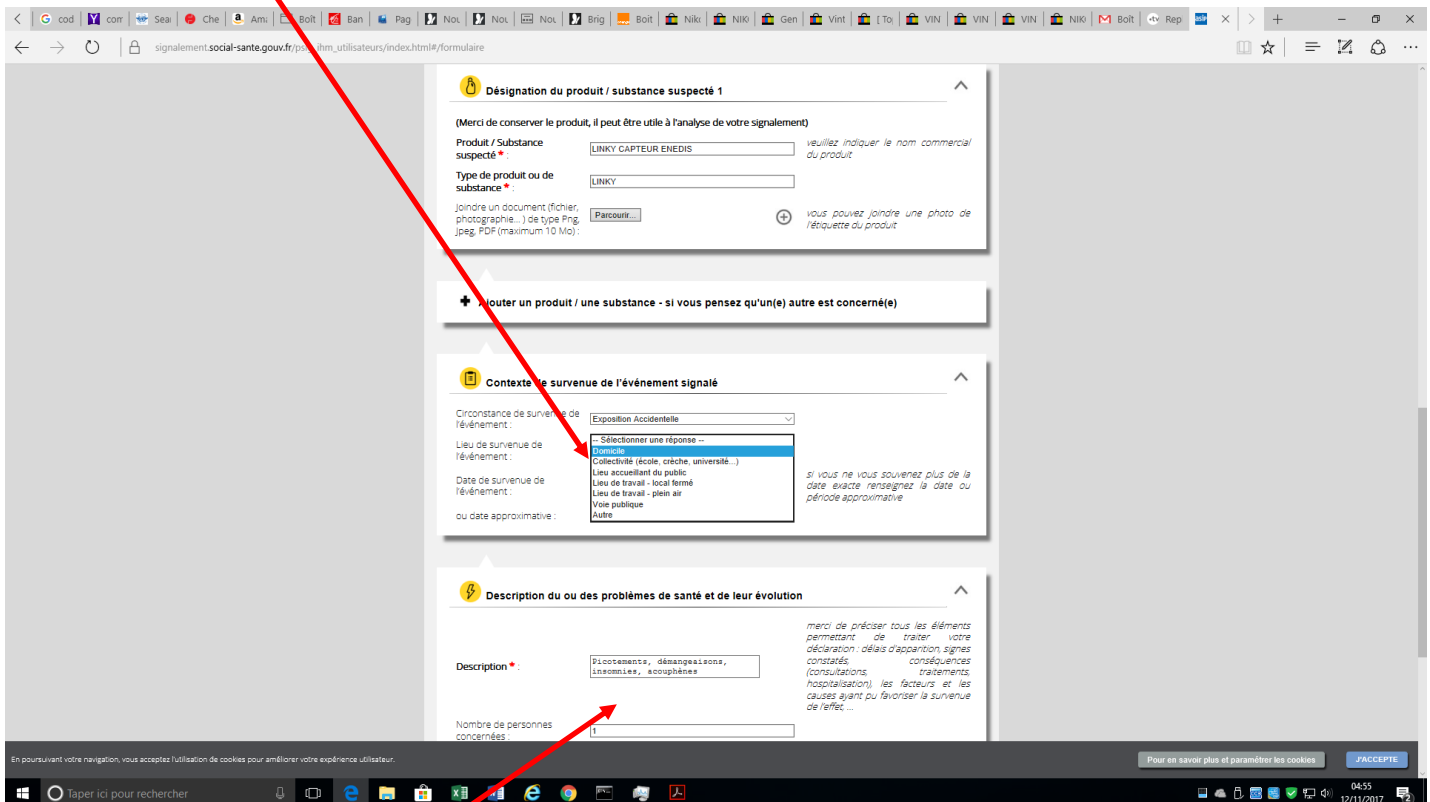


Renseigner le formulaire



Renseigner le formulaire en mentionnant dans les 2 cases Linky – le lieu peu être domicile ou espace publique

Voir l'écran ci-après



Bien renseigner les symptômes j'ai mis picotements, démangeaisons (mains), insomnies, acouphènes, perte d'appétit

signallement social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/formulaire

Circonstance de survenue de l'événement : Exposition Accidentelle

Lieu de survenue de l'événement : Domicile

Date de survenue de l'événement : 17/03/2017

ou date approximative :

Description du ou des problèmes de santé et de leur évolution

Description * : Picosecours, dérangements, insomnies, acouphènes

Nombre de personnes concernées : 1

Evolution : Non guéri

Autres informations

Joindre un document (exemples : comptes-rendus, résultats d'analyses, ...) :

Joindre toutes les pièces que vous jugez utiles à la documentation de l'événement signalé (maximum 10 Mo)

CGU
Besoin d'aide

En poursuivant votre navigation, vous acceptez l'utilisation de cookies pour améliorer votre expérience utilisateur.

04:50 12/11/2017

Y joindre d'éventuels documents photo du bidule, puis cliquer sur suivant et bien préciser « non guéri »

Avant dernière étape avant validation :

signallement social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/recapitulatif

Récapitulatif

Données relatives au déclarant

Vos informations personnelles permettront éventuellement de vous recontacter pour obtenir des compléments sur l'événement

Nom : MERGAULT
Prénom : Christophe
Téléphone : 0299524878
Adresse électronique : christophe.mergault@orange.fr
Adresse postale : 3 ALLEE DES FAISANS
Code postal / Commune : POINT PEAN - 35131
Profession : DE
Êtes vous la personne ayant présenté les symptômes ? : Oui

Données relatives à la personne concernée par l'événement signalé

Sexe : M
Date de naissance : 18/07/1963
ou âge (réel ou estimé) : 54 An(s)
Poids : 78 kg

La suite du formulaire concerne la description de l'événement et de ses conséquences. Tous les champs ne sont pas obligatoires, merci de compléter le maximum d'informations. Vous serez recontacté si besoin.

Désignation du produit / substance suspecté 1

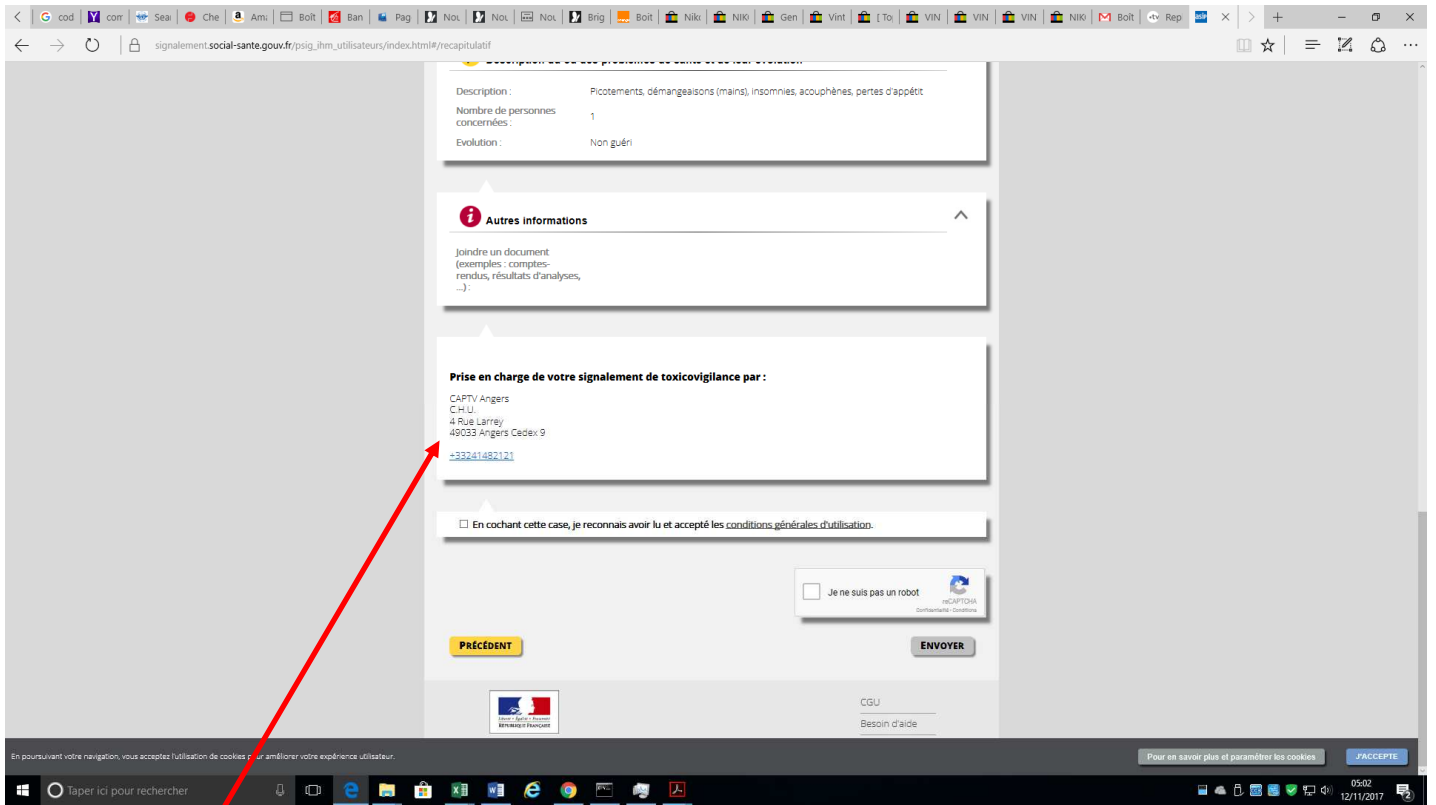
(Merci de conserver le produit, il peut être utile à l'analyse de votre signalement)

Produit / Substance suspecté : LINKY CAPTEUR ENEDIS

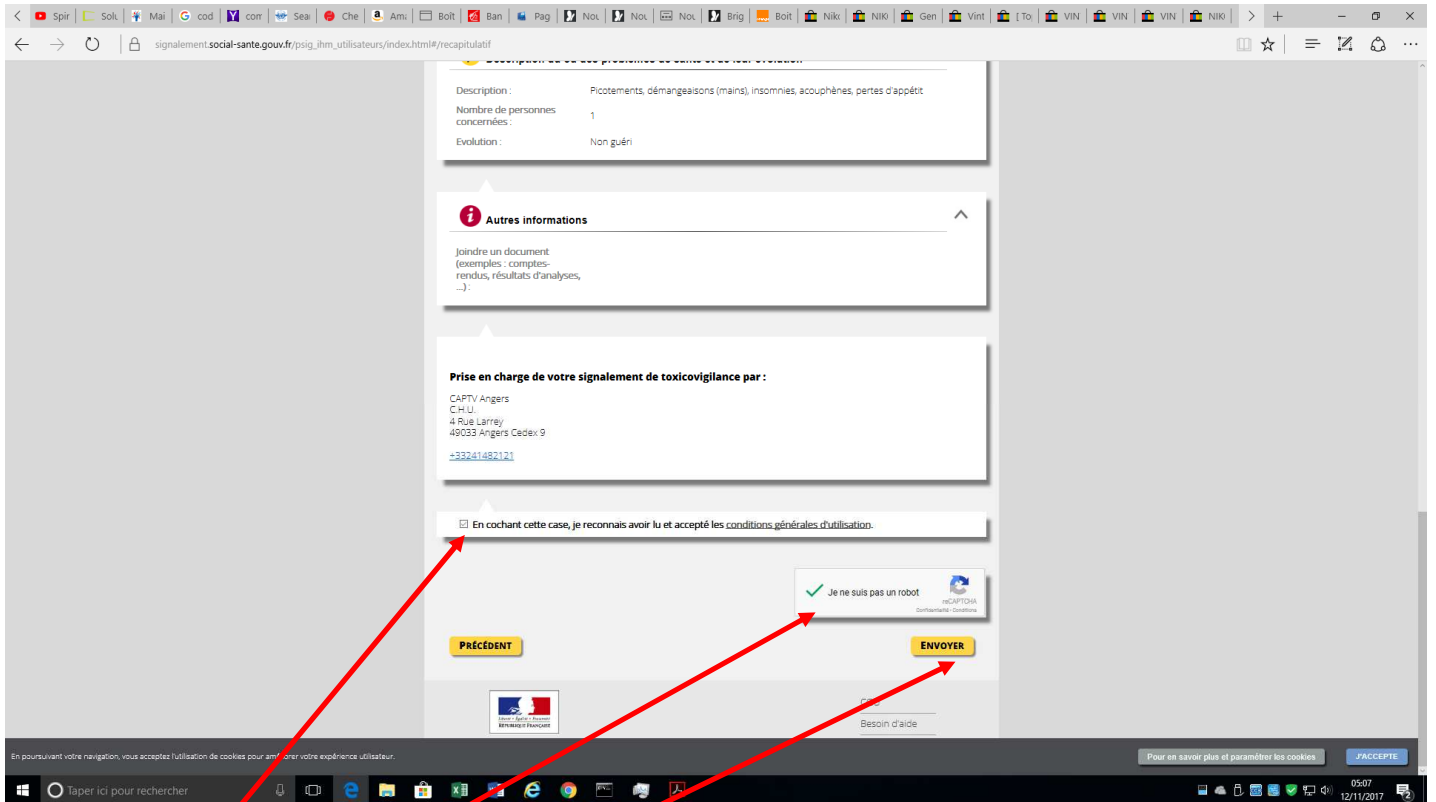
En poursuivant votre navigation, vous acceptez l'utilisation de cookies pour améliorer votre expérience utilisateur.

05:01 12/11/2017

Et je découvre quel Hôpital va traiter mon cas.... En bas d'écran



CHU d'Angers avec un numéro de téléphone +33 2 41 48 21 21




Je coche la case et le captcha et j'envoie

Et je reçois un référencement cf. écran ci-après

social-sante.gouv.fr/psig_ahm_utilisateurs/index.html#/rapport

Rapport du signalement




Merci d'avoir complété ce formulaire.

Votre signalement du 12/11/2017 05:08:50 (GMT+1) a bien été enregistré sous la référence 20171112050850702.

Cette référence vous sera envoyée par mail.

Afin d'améliorer le portail des signalements, prenez 3 minutes et donnez votre avis.

 **Prise en charge de votre signalement de toxicovigilance par :**

CAPTIV Angers
C.H.U.
4 Rue Larrey
49033 Angers Cedex 9
[+33241482121](tel:+33241482121)

IMPORTANT !
Si vous voulez conserver une copie de votre signalement, vous devez cliquer sur la flèche pour le télécharger ou l'imprimer.

En poursuivant votre navigation, vous acceptez l'utilisation de cookies pour améliorer votre expérience utilisateur.

Pour en savoir plus et paramétrer les cookies [J'ACCEPTÉ](#)

Taper ici pour rechercher

05:10
12/11/2017

Maintenant, j'attends la suite....