

Fiche de signalement de surdose pour les intervenants psychosociaux

Transmettre à la Direction de santé publique de l'Estrie par **télécopieur au 819 564-5435 (confidentiel)**
ou par courriel à sante-environnementale.ciussse-chus@sss.gouv.qc.ca
et hors heures ouvrables, faites le 819 346-1110 poste 0 et demander à parler au médecin de garde en santé environnementale

IDENTIFICATION DU DÉCLARANT	NATURE DU SIGNALEMENT
Nom : _____ Téléphone : _____ Direction / Service : _____ Date d'obtention des informations : _____	<input type="checkbox"/> Surdose sévère (ex. administration de naloxone, intubation, soins intensifs, hospitalisation, décès, etc.) <input type="checkbox"/> Effets inhabituels (ex. somnolence après consommation de stimulants) <input type="checkbox"/> Évènement inhabituel (ex. agrégat de surdoses, milieu festif, nouvelle substance)

IDENTIFICATION DE LA VICTIME DE LA SURDOSE (UNE FICHE PAR PERSONNE) (FACULTATIF)
Nom : _____ Prénom : _____ DDN : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre RAMQ : _____ Informations obtenues auprès de : <input type="checkbox"/> Victime de la surdose <input type="checkbox"/> Témoin de la surdose <input type="checkbox"/> Autre : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT
Date : _____ Heure : _____ Quartier : _____ Lieu : <input type="checkbox"/> Résidence privée <input type="checkbox"/> Lieu public intérieur <input type="checkbox"/> Lieu public extérieur <input type="checkbox"/> Lieu dédié à la consommation <input type="checkbox"/> Autre : _____ Combien de personnes ont consommé cette (ces) substance(s) en même temps? : _____ Combien de ces personnes ont fait une surdose? : _____ *Compléter une fiche par personne

DESCRIPTION DES SUBSTANCES CONSOMMÉES			
Substance(s) et forme (ex. cocaïne en poudre)	Mode de consommation (fumé/prisé/injecté/oral/autre)	Quartier d'achat (si connu)	Substance disponible pour analyse (O/N)

INFORMATIONS SUR LA SURDOSE
Symptômes à l'arrivée : <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire <input type="checkbox"/> Myosis (pupilles contractées) <input type="checkbox"/> Lèvres bleues <input type="checkbox"/> Sudation excessive <input type="checkbox"/> Hyperthermie <input type="checkbox"/> Palpitations cardiaques <input type="checkbox"/> Autres : _____
Prélèvement envoyé au CTQ pour analyse toxicologique à des fins de vigie (voir procédure à la 2^e page) : <input type="checkbox"/> Urine (1 ^{er} choix) <input type="checkbox"/> Sanguin
Trousse de naloxone remise au patient : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires : _____ État actuel : <input type="checkbox"/> Congé <input type="checkbox"/> Observation <input type="checkbox"/> Soins intensifs <input type="checkbox"/> Refus de traitement <input type="checkbox"/> Décès

Description des interventions
Administration de naloxone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, par qui : <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Pair <input type="checkbox"/> Intervenant <input type="checkbox"/> Autre : _____ Intervention des ambulanciers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, transport vers quel hôpital? _____ Intervention des policiers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Est-ce que l'utilisateur/le témoin accepterait d'être contacté(e) par la Direction de santé publique pour donner plus de détails? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, nom et téléphone : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui, par l'intermédiaire de l'organisme : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES