

Transmettre à la Direction de santé publique de l'Estrie préférablement par courriel à sante-environnementale.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca ou au télécopieur au 819 564-5435 (confidentiel)

S.V.P Hors heures ouvrables

Composez le 819 346-1110 poste 0 et demander à parler au médecin de garde en santé environnementale.

Confidentialité des données

Le déclarant s'engage auprès de la personne qui fournit l'information (victime, témoin, autre) à collecter et transmettre toutes les informations reçues de manière confidentielle. La direction de santé publique s'engage à traiter toutes les informations de manière confidentielle. La fiche sera reçue par un télécopieur confidentiel dans les locaux de la direction de santé publique ou par un courriel de l'équipe de garde. Aucune donnée permettant d'identifier la victime ou les témoins de la surdose ne sera transmise à un partenaire externe. Si, dans certaines circonstances, il existe des réticences à transmettre certaines informations par écrit, il est possible de les communiquer de vive voix, par téléphone, aux numéros mentionnés.

Notes explicatives

Qui signale?

Cette fiche est principalement destinée à une utilisation par les professionnels des urgences, les paramédics, les intervenants d'organismes communautaires, les infirmières des SIDEP et les policiers pour effectuer des signalements sur des situations qui leur sont rapportées. Elle peut être utilisée par d'autres types d'intervenants au besoin.

Quoi signaler?

La fiche doit être complétée lorsque l'intervenant croit que la situation est préoccupante, parce que :

- la surdose est présumée liée aux opioïdes et les symptômes de la surdose sont particulièrement sévères, ou;
- un nombre élevé de personnes ont subi une surdose dans une courte période de temps, ou;
- les circonstances sont inhabituelles (ex. somnolence après consommation de stimulants).

Précisions sur les sections à remplir

Bien qu'il ne soit pas obligatoire de remplir toutes les sections de la fiche, il est fortement encouragé de transmettre un maximum d'information. Les éléments particulièrement importants à documenter sont la date de la surdose, le lieu de la surdose et les informations sur les produits consommés.

Date et lieu de la surdose

Les informations sur la date et le lieu de la surdose peuvent permettre de mieux établir si une vague de surdoses commence. Des détails supplémentaires pour mieux situer géographiquement le lieu de la surdose (par ex. : intersection, lieu public connu) peuvent être utiles si la victime ou le témoin accepte de les fournir.

Produits consommés, formes, apparences et emballages

Recueillir des informations sur tous les produits consommés avant la surdose, pas seulement sur celui qui aurait causé la surdose d'après la victime ou le témoin. Si possible, notez les détails supplémentaires sur le produit ou son emballage (ex. : format, couleur, logo, signes distinctifs).

Autres informations pertinentes

Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire pour communiquer toute information additionnelle qui pourrait aider à mieux documenter et comprendre la situation.

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.ciusse-chus@ssss.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 : _____	<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)
Téléphone : _____	
Direction / Service : _____	
Date d'obtention des informations : _____	

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