

FICHE DE SIGNALLEMENT DE SURDOSE

Transmettre au télécopieur confidentiel de la direction de santé publique 1 866 867-8026 ou par courriel

mado-declarations.rr17@ssss.gouv.qc.ca

»» Détails d'utilisation au verso ««

Identification du déclarant			
Nom (complet) :		Fonction :	
Village nordique :		Coordonnées (tel. ou email) :	
Identification de la victime de la surdose (les informations recueillies sont confidentielles et seront détruites une fois l'enquête terminée)			
Nom :		Prénom :	
# dossier :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Coordonnées (tel. ou email) :
	<input type="checkbox"/> Femme enceinte		
Date de naissance (aaaa-mm-jj) :		Communauté de résidence :	
Description de l'événement			
Date de la surdose (aaaa-mm-jj) :		Heure approximative (format 24h) :	Communauté :
Lieu de la surdose :		<input type="checkbox"/> Résidence privée <input type="checkbox"/> Lieu public intérieur <input type="checkbox"/> Lieu public extérieur <input type="checkbox"/> Autre	
La victime consommait :		<input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> En présence d'autre(s) personne(s) Nb de personnes total : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Si consommation en présence d'autres personnes, combien ont fait une surdose ? : _____ SVP, remplir une fiche par personne			
Témoin(s) de l'événement (Nom + coordonnées) :			
Description de l'événement en quelques mots :			
<p>_____</p> <p>_____</p>			
Description de la victime et des symptômes			
Symptômes :		<input type="checkbox"/> Respiration difficile, lente, inexistante <input type="checkbox"/> Altération de l'état de conscience <input type="checkbox"/> Myosis <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Arrêt cardiorespiratoire <input type="checkbox"/> Sudation excessive <input type="checkbox"/> Hyperthermie <input type="checkbox"/> Palpitations cardiaques <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Autres : _____	
La personne est-elle décédée ? :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Description des produits consommés			
Quantité – emballage – produit – forme – apparence (Ex. : 3 sachets avec logo X contenant poudre bleue)		Mode de consommation (Ex. : ingéré, sniffé, fumé, IV)	Provenance (Nunavik, Sud, Web, autres)
<p>_____</p> <p>_____</p>		_____	_____
Description des interventions			
Présence / intervention des premiers répondants ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Présence / intervention des policiers ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Administration de naloxone ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Nb de doses : _____
Si oui, par qui ? <input type="checkbox"/> Inf / Md		<input type="checkbox"/> Premiers répondants <input type="checkbox"/> Policiers <input type="checkbox"/> Int. communautaire <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Si oui, réponse à la naloxone ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Dépistage de drogues de rue ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Si oui, résultats :			

Confidentialité des données recueillies

Le déclarant s'engage auprès de la personne qui fournit l'information (victime, témoin, autre) à collecter et à transmettre toutes les informations reçues de manière confidentielle.

La direction de santé publique s'engage à traiter toutes les informations de manière confidentielle et à **anonymiser toutes les informations reçues une fois l'enquête terminée**.

Notes explicatives

Qui signale?

Tous les professionnels du réseau de la santé (**infirmière, médecin, TS, etc.**); les **premiers répondants; policiers; intervenants communautaires**.

Quoi signaler?

Intoxication sévère

(ex. hospitalisation, décès, intubation, délire avec hyperactivité et/ou agressivité extrême nécessitant mesure de contrôle, administration de naloxone)

ET / OU

Circonstances ou symptômes inhabituels

(ex. ≥ 2 cas rapprochés, symptômes inattendus pour la substance consommée, toxidrôme incompatible avec l'histoire rapportée)

À qui signaler?

- Sur les **heures de bureau**: mado-declarations.rr17@ssss.gouv.qc.ca
- **En dehors des heures de bureau** : Médecin de garde de santé publique **1-855-964-2244 ou 1-819-299-2990**