

Formulaire d'évaluation d'une intoxication médicamenteuse en pharmacie communautaire

Date et heure de l'évaluation

Date :

Heure :

1. Identification du patient

Nom, Prénom :	Date de naissance :	RAMQ :
Numéro de téléphone :	Adresse :	

2. Renseignements sur le patient

Poids : _____ kg	Taille : _____ cm	Habitudes de vie	<input type="checkbox"/> Tabac	Quantité _____/jour
Centre hospitalier le plus près : _____ situé à _____ km			<input type="checkbox"/> Alcool	Quantité _____/jour
Patient seul à domicile : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Drogues :	
Allergie / intolérance :				

3. Informations au sujet du dossier-patient

Antécédents médicaux pertinents	
Médication usuelle <small>Avec consentement, veuillez joindre la liste de médicaments à jour au formulaire.</small>	
Médication de vente libre / produit de santé naturel :	

4. Évaluation du risque toxicologique

Date et heure de l'exposition :	Circonstances de l'exposition	<input type="checkbox"/> Inconnues	
Lieu de l'exposition :	<input type="checkbox"/> Exposition accidentelle	<input type="checkbox"/> Geste suicidaire	
Durée de l'exposition si pertinent :	<input type="checkbox"/> Abus *Usage récréatif	<input type="checkbox"/> Autre :	
Substance(s) impliquée(s) si connue(s)	Concentration (teneur des cos ou teneur par mL)	Quantité (nombre de cos ou mL selon le pire scénario)	Voie d'administration (PO/IV/IM/IN/SC/Cutané/Inh)

5. Évaluation de l'état physique et mental

Signes vitaux	Température : (rectale / buccale) °C	Pression artérielle : mm/Hg	Fréquence cardiaque : bpm	Fréquence respiratoire :	Glycémie capillaire : mmol/L
État comportemental Conscient : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inscrire les coordonnées de la personne qui a placé l'appel :					
Confus <input type="checkbox"/> Agressif <input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Le patient peut-il prendre des décisions pour lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Pupilles : Mydriase <input type="checkbox"/> Myosis <input type="checkbox"/>			Peau : Diaphorèse <input type="checkbox"/> Sécheresse <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/>		
Gastro-intestinal : Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Si oui : quantité _____ Diarrhées <input type="checkbox"/> Si oui : quantité _____					
Neuromusculaire : Tremblements <input type="checkbox"/> Rigidité <input type="checkbox"/>			Autre :		

6. Intervention

Centre antipoison de Québec 1 800 463-5060

<input type="checkbox"/> Altération de l'état de conscience ou instabilité (signes vitaux anormaux) : contacter le 911 et rediriger à un centre hospitalier
<input type="checkbox"/> Patient symptomatique : contacter le Centre antipoison de Québec et suivez les consignes
<input type="checkbox"/> Patient est asymptomatique : contacter le Centre antipoison de Québec et suivez les consignes

7. Plan et suivi

Si le patient est redirigé : inscrire les coordonnées du centre hospitalier et leur #télécopieur

Nom du pharmacien :

Numéro de pratique :

Coordonnées de la pharmacie :

Conception et réalisation : Camille Benoit, Pharm. D., pharmacienne et candidate à la MPA-A. Août 2022.

(Adaptation du formulaire « ÉVALUATION INITIALE DE L'USAGER INTOXIQUÉ » publié par le MSSS.)

Collaboration et supervision : Francine Imbeau B. Pharm., DESS Soins pharmaceutiques, clinicienne associée, pharmacienne

Révision : Audrée Elliott, B. Pharm., M. Sc., pharmacienne au CAPQ et Dre Maude St-Onge, toxicologue, spécialiste en médecine d'urgence, spécialiste en soins intensifs, clinicienne-chercheuse, directrice médicale du CAPQ (Centre Antipoison du Québec)