

FICHE DE SIGNALEMENT DE SURDOSE

Transmettre au télécopieur **CONFIDENTIEL** de la direction de santé publique
418 661-7153 ou au courriel surdoses.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

»» Détails d'utilisation au verso ««

Identification du déclarant / de l'intervenant	
Nom :	Fonction :
Organisme :	Téléphone :

Source de l'information
Information obtenue de : <input type="checkbox"/> Victime de la surdose <input type="checkbox"/> Témoin de la surdose <input type="checkbox"/> Autre : _____

Description de l'événement								
Date de la surdose : <table border="1"> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> Heure approximative : <table border="1"> <tr> <td>Format 24 h</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour				Format 24 h	
Année	Mois	Jour						
Format 24 h								
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 : _____								
Ville/Quartier : _____								
La victime a consommé : <input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> En présence d'autres personnes <input type="checkbox"/> Ne sais pas								
Si consommation en présence d'autres personnes : Combien de personnes ont consommé le(s) même(s) produit(s) en même temps? _____ Combien de ces personnes ont fait une surdose? _____ → Remplir une fiche par personne								

Description de la victime et des symptômes	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Non généré	Âge ou date de naissance : _____
Symptômes : <input type="checkbox"/> Respiration difficile, très lente ou inexistante (entourer)	<input type="checkbox"/> Pupilles très petites (en pointe d'aiguille)
<input type="checkbox"/> Ne réagit pas au bruit ou à la douleur	<input type="checkbox"/> Lèvres et/ou ongles bleus
<input type="checkbox"/> Hyperthermie	<input type="checkbox"/> Sudation excessive
<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Hallucinations
<input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Peau froide et moite
Est-ce que la personne est décédée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Arrêt cardio-respiratoire
	<input type="checkbox"/> Palpitations cardiaques
	<input type="checkbox"/> Convulsions

Description des produits consommés		
Produit, forme, apparence, emballage (ex. : cocaïne en poudre, blanche, sachet avec logo X)	Mode de consommation (ex. : avalé, fumé, injecté)	Provenance (ville, quartier, Web, autre)

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"/> Pair <input type="checkbox"/> Intervenant communautaire <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Autre : _____
Si oui, réponse à la naloxone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Présence/intervention des ambulanciers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Si transport, vers quel hôpital? : _____
Présence/intervention des policiers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas

Suivi
Est-ce que la victime/le témoin accepterait d'être contacté(e) par une infirmière de santé publique, si nécessaire, pour donner plus de détails? Les informations recueillies seront traitées de manière confidentielle.
<input type="checkbox"/> Oui, directement (nom et tél.) : _____ <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui, par l'intermédiaire de l'organisme : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas

Section réservée à l'usage de la direction de santé publique						
Date de réception du signalement à la DSP : <table border="1"> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour				

Confidentialité des données

Le déclarant (intervenant) 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. La fiche sera reçue par un télécopieur confidentiel dans les locaux de la direction de santé publique. 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 plus bas.

Notes explicatives

Qui signale?

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

Si vous êtes un professionnel de la santé, vous êtes invité à utiliser la fiche de signalement qui a été développée spécifiquement pour les professionnels de la santé.

Quoi signaler?

Toute situation jugée inhabituelle ou préoccupante reliée à une surdose de drogue ou d'opioïde, soit :

- le cas de surdose répond à **un critère de sévérité** (ex. : intubation, séjour aux soins intensifs, hospitalisation, décès, etc.)
- le **nombre de cas de surdose est plus élevé** qu'à l'habitude, ou;
- les symptômes de la surdose sont **particulièrement sévères ou inhabituels à la substance consommée**, ou;
- les circonstances sont **inhabituelles**.

Au besoin, valider la pertinence de remplir une fiche auprès du professionnel de garde de la direction de santé publique :

- **Sur les heures de bureau : Karine Boulanger-L'Heureux 418-808-5605 / Isabelle Milhomme 418-803-7657**
- **En dehors des heures de bureau : 1-833-813-9530**
- **Par courriel : surdoses.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca**

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 la **description des produits consommés**.

Date et lieu de la surdose

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

Produits consommés, formes, apparences et emballages

Il est important de 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, noter des détails supplémentaires sur le produit et 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.