# Fiche de signalement de surdose

**Pour le milieu communautaire**

## Transmettre au télécopieur confidentiel de la direction de santé publique 418 589-1603

### **»»** **Détails d’utilisation au verso ««**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identification du déclarant/de l’intervenant** | | | |
| Nom : |  | Fonction : |  |
| Organisme : |  | Téléphone : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Source de l’information** | | | |
| Information obtenue de : | □ Victime de la surdose | □ Témoin de la surdose | □ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description de l’événement** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de la surdose : | Année | | | | Mois | | | Jour | | Heure approximative : | | Format 24 h | | | |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lieu de la surdose : | | □ Résidence privée | | | | | | | | □ Lieu public intérieur | □ Lieu public extérieur | | | | | | □ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ville/Quartier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La victime a consommé : | | □ Seule | | | | □ En présence d’autres personnes | | | | | □ 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 : | □ M | □ F | □ Trans | □ Autre (ex.: queer, intersexe) | | Âge : \_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Symptômes : | | □ Respiration difficile, très lente ou inexistante | | | | □ Pupilles très petites (en pointe d’aiguille) | □ Peau froide et moite |
|  | | □ Ne réagit pas au bruit ou à la douleur | | | | □ Lèvres et/ou ongles bleus | □ Arrêt cardio-respiratoire |
| □ Hyperthermie | | | | □ Sudation excessive | □ Palpitations cardiaques |
| □ Agitation | | | | □ Hallucinations | □ Convulsions |
| □ Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Est-ce que la personne est décédée ? | | | | □ Oui | □ Non | □ Ne sais pas | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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? | | □ Oui | □ Non | □ Ne sais pas |
| Si oui, par qui? | □ Pair | □ Intervenant communautaire | □ Ambulancier | □ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Si oui, réponse à la naloxone? | | □ Oui | □ Non | □ Ne sais pas |
| Présence/intervention des premiers répondants? | | □ Oui | □ Non | □ Ne sais pas |
| Présence/intervention des ambulanciers? | | □ Oui | □ Non | □ Ne sais pas |
| Si transport, vers quel hôpital? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Présence/intervention des policiers? | | □ Oui | □ Non | □ 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. | | | |
| □ Oui, directement (nom et tél.) : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | □ Non |
| □ Oui, par l’intermédiaire de l’organisme : | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Ne sais pas |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section réservée à l’usage de la direction de santé publique** | | | | | | | | | |
| Date de réception du signalement à la DSP : | 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?

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

* un nombre élevé de personnes a subi une surdose dans une courte période de temps, ou;
* les symptômes de la surdose sont particulièrement sévères, 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 : 1-844-589-6236
* En dehors des heures de bureau : 1-844-589-6236

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.