

Fiche de signalement de surdose ou effets inhabituels

Transmettre à la Direction de santé publique du CISSS de Laval par courriel à surdoselaval.ciSSLav@ssss.gouv.qc.ca

NATURE DU SIGNALEMENT :

- Surdose sévère** (ex. administration de naloxone, hospitalisation, décès, etc.)
 Effets inhabituels (ex. somnolence suite à consommation de stimulants)
 Événements inhabituels (ex. plusieurs surdoses rapprochées, milieu festif, nouvelle substance)

IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT	INFORMATIONS FACULTATIVES SUR L'USAGER
Nom : _____	NOM, Prénom: _____
Téléphone : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Personne trans <input type="checkbox"/> Autre : _____
Organisme : _____	Âge : _____ Code postal : _____
Date d'obtention des informations : _____	Informations obtenues auprès de : <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Témoin <input type="checkbox"/> Autre

DÉCLARATION D'EFFETS INHABITUELS			
Date de la consommation : _____		Quartier : _____	
Substance(s) consommée(s)	Forme et aspect	Effet inhabituel	Substance disponible pour analyse (O/N)

DÉCLARATION DE SURDOSE			
Date : _____		Heure : _____	
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 : _____		Quartier : _____	
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			
Informations sur la surdose			
Symptômes :			
<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 : _____			
Est-ce que la personne est décédée suite à la surdose : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas			
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"/> Intervenat <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			

Description des substances consommées			
Substance(s) et forme (ex. cocaïne en poudre)	Mode de consommation (fumé/prisé/injecté/oral/autre)	Quartier d'achat	Substance disponible pour analyse (O/N)

Est-ce que l'usager/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 : _____

Veuillez rappeler à la victime de surdose qu'elle peut contribuer à faire retirer du marché la drogue contaminée en appelant la **ligne INFO de la police de Laval** au n° suivant : **450-662-INFO (4636)** ou en allant sur le site web www.infocrimemontreal.ca. Elle pourra ainsi transmettre l'information de manière **anonyme et confidentielle**.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Pour toute information supplémentaire, vous pouvez communiquer avec la Direction de santé publique du CISSS de Laval au 450-978-2121, poste : 32117 et demandez à parler au répondant surdose de garde.