

FICHE DE SIGNALEMENT DE SURDOSE

Déclarant (ces renseignements sont **obligatoires** pour qu'un signalement soit retenu)

Votre nom :	Votre fonction :
Votre communauté :	Vos coordonnées (tel. ou email) :

Victime de la surdose

Âge : _____ Si inconnu, âge estimé : < 14 ans 14-19 20-29 30-39 40-49 50+

Sexe : M F Autre _____ Femme enceinte : Oui Non Inconnu N/A

* Des informations identifiantes pourraient vous être demandées si la Santé Publique ouvre une enquête suite à votre signalement

Description de l'événement

Date de la surdose (aaaa-mm-jj) : _____ Communauté où est survenue la surdose : _____

Description de l'événement en quelques mots : _____

Symptômes et décès

Symptômes :

<input type="checkbox"/> Respiration difficile, lente, inexistante	<input type="checkbox"/> Pupilles en pointe d'aiguille	<input type="checkbox"/> Perte de conscience
<input type="checkbox"/> Arrêt cardiorespiratoire	<input type="checkbox"/> Agitation et/ou agressivité	
<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Autres : _____

La victime est-elle **décédée**? : Oui Non Inconnu

Substances consommées

Alcool Cannabis/Shatter Cocaïne Crack Crystal Meth Fentanyl MDMA

Opioïdes Speed pills Inconnu Autres : _____

Utilisation de NALOXONE

Est-ce que la naloxone a été administrée : Oui Non Inconnu Si oui, combien de doses ? _____

Réponse à la naloxone : Efficace Non efficace Autres _____

Notes explicatives

Déclarants :

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

Événements à déclarer :

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)

Le signalement doit être fait à :

- 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