

FICHE DÉCLARATIVE DE SURDOSE

**** Confidentielle lorsque complétée ****

Faire parvenir au CISSSL

Courriel : maladies.infectieuses.cisslau@ssss.gouv.qc.ca

ou par

Télécopieur : 450-569-6305

* Variables prioritaires

Identification de l'organisme ou déclarant.e :

Nom : _____ Organisme : _____ Télé.: _____

Portrait de l'évènement :

*Date : _____

*Ville/Région : _____

*Cochez si : surdose mortelle surdose non-mortelle Je ne sais pas

Informations sur la victime :

Sexe : Homme Femme Autre (préciser) : _____ Âge : _____

Description de la/des substance(s) consommée(s)

*Substance(s)	Forme(s) et/ou apparence(s)	Obtenue(s) sous quel(s) nom(s)
1.		
2.		
3.		

Provenance /ville : _____ Achetée(s) en ligne : *Consommation : seul(e) en groupe

*Mode(s) de consommation : _____ Autre(s) : _____

Cochez les effet(s) indésirable(s) ressenti(s) : Douleur poitrine Confusion mentale Convulsions
 Problèmes respiratoire (ralentissement / arrêt) Pupilles très petites Écume aux lèvres Agitation
 Peau froide/blême/moite Ne réagit pas aux bruits/douleurs Lèvres et/ou ongles bleus Hallucinations
 Symptômes cardiaque (ralentissement, palpitations / arrêt) Sudation excessive Vomissements Fièvre
 Perte de conscience Autres : _____

Aperçu des interventions :

*Cochez si la naloxone a été utilisée ? : Oui Non Type : Nazal Intramusculaire

La naloxone a-t-elle fait effet : Oui Non *Après plus d'une dose : Nombre = _____

Cochez si les personnes suivantes sont intervenues lors de la surdose :
 Policier.ère.s Ambulancier.ère.s Pairs Proches Travailleur.e.s de rue

* Vous désirez parler de l'aide reçue lors de votre surdose? Le DISPENSIRE : 450-431-7432