

Risque de surdose de drogue

Signaler toute situation jugée préoccupante reliée à une surdose de drogue ou d'opioïde à **la Direction de santé publique**

- Pendant les heures ouvrables : 418 389-1510
- En dehors des heures ouvrables : 418 397-4375
- Déclaration par télécopieur : 418 389-1560

FICHE DE SIGNALEMENT DE SURDOSE

Identification du signalant			
Nom :		Fonction :	
Organisme :		Téléphone :	
Identification de la victime de la surdose (Les informations recueillies seront traitées de manière confidentielle)			
Nom :		Prénom :	
Date de naissance : Année Mois Jour		Téléphone :	
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 ont fait une surdose ? _____ → Remplir une fiche par personne			
Description de la victime et des symptômes			
Sexe : ☐ M ☐ F		Âge : _____	
Ville de résidence : _____			
Symptômes : ☐ Détresse respiratoire ☐ Altération de l'état de conscience ☐ Myosis ☐ Cyanose ☐ Arrêt cardio-respiratoire ☐ Sudation excessive ☐ Hyperthermie ☐ Palpitations cardiaques ☐ Agitation ☐ Convulsions ☐ Hallucinations ☐ Autres : _____			
Est-ce que la personne est décédée ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas			
Description des produits consommés (Si vous détenez une photo de la substance, veuillez nous la transmettre)			
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 ? Si oui, par qui ? Si oui, réponse à la naloxone ?		☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐ Intervenant communautaire ☐ Ambulancier ☐ Autre : _____ ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐ 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	
Section réservée à l'usage de la direction de santé publique			
Date de réception du signalement à la DSP : Année Mois Jour			