

## FICHE DE SIGNALEMENT DE SURDOSE

Transmettre à la boîte de signalement de la direction de santé publique

[02.dspublique.signalement@ssss.gouv.qc.ca](mailto:02.dspublique.signalement@ssss.gouv.qc.ca)

Identification du déclarant/de l'intervenant	
Nom:	Fonction:
Organisme:	Téléphone:

Source de l'information
Information obtenue de : <input type="checkbox"/> Victime de la surdose <input type="checkbox"/> Témoin de la surdose <input type="checkbox"/> Intervenant

Description de l'événement
Date de la surdose : Année Mois Jour Heure approximative : Format 24 h
Lieu de la surdose : <input type="checkbox"/> Résidence privée <input type="checkbox"/> Lieu public intérieur <input type="checkbox"/> Lieu public extérieur <input type="checkbox"/> Autre : _____
Ville/Quartier : _____
La victime a consommé : <input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> En présence d'autres personnes <input type="checkbox"/> 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 (incluant la victime)? _____ → <b>Remplir une fiche par personne</b>
Intention : <input type="checkbox"/> Surdose non intentionnelle <input type="checkbox"/> Surdose intentionnelle (suicide, homicide, autre) <input type="checkbox"/> Inconnue

Description de la victime et des symptômes
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre (ex.: trans, queer, intersexe) Âge : _____
Symptômes : <input type="checkbox"/> Respiration difficile, très lente ou inexistante <input type="checkbox"/> Pupilles très petites (en pointe d'aiguille) <input type="checkbox"/> Peau froide et moite <input type="checkbox"/> Ne réagit pas au bruit ou à la douleur <input type="checkbox"/> Lèvres et/ou ongles bleus <input type="checkbox"/> Arrêt cardio-respiratoire <input type="checkbox"/> Altération de l'état de conscience <input type="checkbox"/> Sudation excessive <input type="checkbox"/> Palpitations cardiaques <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Hyperthermie <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Convulsions
Est-ce que la personne est décédée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas

Description des produits consommés		
Nom du produit (nom de rue), substance présumée, forme, apparence, emballage (ex. : cocaïne en poudre, blanche, sachet avec logo X)	Mode de consommation (ex. : avalé, fumé, injecté)	Provenance (ville, quartier, Web, autre)

Changement dans le mode de consommation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Changement récent de fournisseur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Photo du produit disponible? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Produit disponible pour analyse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Produit analysé (bandelette, spectromètre)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Si oui, substance identifiée? : _____

Description des interventions			
Administration de naloxone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Si oui, voie d'administration? <input type="checkbox"/> Intra-nasale <input type="checkbox"/> Intra-musculaire Nombre de doses : _____		
Si oui, réponse à la naloxone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Présence/intervention du service de travail de rue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Présence/intervention des premiers répondants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Présence/intervention des policiers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Présence/intervention des ambulanciers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Si transport, vers quel hôpital? : _____		
Assistance ventilatoire? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Compression thoracique? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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

### 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 dans la boîte de signalement 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.

#### 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.

Pour signaler une situation préoccupante qui n'est pas associée à une surdose ou, au besoin, pour valider la pertinence de remplir une fiche, veuillez contacter un professionnel de la direction de santé publique :

- Sur les heures ouvrables : **418-541-1052**
- En dehors des heures ouvrables : signaler le professionnel de garde de la direction de santé publique  
Saguenay: 418 541-1000 Lac St-Jean : 418 275-0110

#### 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.