

FICHE DÉCLARATIVE DE SURDOSE

** Confidentielle lorsque complétée **

Faire parvenir au CISSL

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 DISPENSAIRE : 450-431-7432