

FICHE DÉCLARATIVE DE SURDOSE

**** Confidentielle lorsque complétée ****

Faire parvenir au CISSSL

Courriel : surdose.camii.ciesslerau@ssss.gouv.qc.ca ou par

Télécopieur : 450-569-6305

* Variables prioritaires

Identification de l'organisme ou déclarant.e :

Nom : _____ Organisme : _____ Tél. : _____

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