questionnaire d’enquête

**Surdoses de drogues**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No de dossier interne : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date d’ouverture du dossier : | Année | Mois | Jour |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| STATUT DE VALIDATION (en fonction de la définition de cas) |
|  |  | En date du |  | Statut | Notes |
| Statut préliminaire : |  | Année | Mois | Jour |  | □ Cas en investigation□ Cas non retenu |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Statut final : |  | Année | Mois | Jour |  | □ Cas retenu□ probable□ confirmé□ Cas non retenu |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

# Identification de la personne victime de la surdose

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Date de naissance : | Année | Mois | Jour |  | Âge : |  | Sexe : | □ M | □ F |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Langue : | □ Français | □ Anglais | □ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | NAM : |  |
| Adresse : |  |
| Ville : |  | Code postal : |  |
| Type de lieu de résidence : | □ Résidence privée (appartement, maison) | □ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Sans domicile fixe (rue, squat, refuge, foyer) | □ Inconnu |
| □ Chambre (hôtel, motel, pension, maison de chambres) |  |
| Téléphone : | Travail : |  | Cellulaire : |  |
| Maison : |  | Autre : |  |
| Adresse courriel : |  |
| Notes :  |  |
|  |
|  |

# Identification des sources d’information

## Déclarants

(personnes ou organisations ayant pris contact avec la direction de santé publique)

|  |
| --- |
| Source 1 |
| □ Service ambulancier□ Service de police□ Service de premiers répondants□ Centre hospitalier | □ Centre antipoison□ Bureau du coroner□ Centre de traitement de la dépendance□ Organisme communautaire | □ Proche (famille/ami)□ Victime□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom de l’organisation (si applicable) : |  |
| Adresse : |  |
| Ville : |  | Code postal : |  |
| Personne-ressource |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Fonction : |  | Adresse courriel : |  |
| Téléphone : | Travail : |  | Cellulaire : |  |
| Maison : |  | Autre : |  |

|  |
| --- |
| Source 2 |
| □ Service ambulancier□ Service de police□ Service de premiers répondants□ Centre hospitalier | □ Centre antipoison□ Bureau du coroner□ Centre de traitement de la dépendance□ Organisme communautaire | □ Proche (famille/ami)□ Victime□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom de l’organisation (si applicable) : |  |
| Adresse : |  |
| Ville : |  | Code postal : |  |
| Personne-ressource |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Fonction : |  | Adresse courriel : |  |
| Téléphone : | Travail : |  | Cellulaire : |  |
| Maison : |  | Autre : |  |

## Sources d’informations additionnelles

(personnes ou organisations contactées par la direction de santé publique pour obtenir des informations additionnelles)

|  |
| --- |
| Source 3 |
| □ Service ambulancier□ Service de police□ Service de premiers répondants□ Centre hospitalier | □ Centre antipoison□ Bureau du coroner□ Centre de traitement de la dépendance□ Organisme communautaire | □ Proche (famille/ami)□ Victime□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom de l’organisation (si applicable) : |  |
| Adresse : |  |
| Ville : |  | Code postal : |  |
| Personne-ressource |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Fonction : |  | Adresse courriel : |  |
| Téléphone : | Travail : |  | Cellulaire : |  |
| Maison : |  | Autre : |  |

|  |
| --- |
| Source 4 |
| □ Service ambulancier□ Service de police□ Service de premiers répondants□ Centre hospitalier | □ Centre antipoison□ Bureau du coroner□ Centre de traitement de la dépendance□ Organisme communautaire | □ Proche (famille/ami)□ Victime□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom de l’organisation (si applicable) : |  |
| Adresse : |  |
| Ville : |  | Code postal : |  |
| Personne-ressource |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Fonction : |  | Adresse courriel : |  |
| Téléphone : | Travail : |  | Cellulaire : |  |
| Maison : |  | Autre : |  |

|  |
| --- |
| Source 5 |
| □ Service ambulancier□ Service de police□ Service de premiers répondants□ Centre hospitalier | □ Centre antipoison□ Bureau du coroner□ Centre de traitement de la dépendance□ Organisme communautaire | □ Proche (famille/ami)□ Victime□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom de l’organisation (si applicable) : |  |
| Adresse : |  |
| Ville : |  | Code postal : |  |
| Personne-ressource |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Fonction : |  | Adresse courriel : |  |
| Téléphone : | Travail : |  | Cellulaire : |  |
| Maison : |  | Autre : |  |
| Source 6 |
| □ Service ambulancier□ Service de police□ Service de premiers répondants□ Centre hospitalier | □ Centre antipoison□ Bureau du coroner□ Centre de traitement de la dépendance□ Organisme communautaire | □ Proche (famille/ami)□ Victime□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom de l’organisation (si applicable) : |  |
| Adresse : |  |
| Ville : |  | Code postal : |  |
| Personne-ressource |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Fonction : |  | Adresse courriel : |  |
| Téléphone : | Travail : |  | Cellulaire : |  |
| Maison : |  | Autre : |  |

# Description de l’événement

|  |
| --- |
| Date et lieu de la surdose |
| Date : | Année | Mois | Jour |  | Heure approximative : | Format 24 h |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lieu : | □ Résidence privée□ Lieu public intérieur□ Lieu public extérieur□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse ou autre indication sur le lieu : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Circonstances |
| Consommation : | □ Seul□ En présence d’autres personnes □ Inconnu |
|  | Si en présence d’autres personnes : |
|  | Nombre de personnes ayant consommé le même produit au même moment : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Nombre de personnes en surdose au même moment : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Coordonnées des personnes ayant consommé le même produit au même moment : |
|  | Nom : |  |  |  |
|  | Téléphone : |  |  |  |
|  | Adresse courriel : |  |  |  |
|  | Notes : |  |  |  |
| Intention : | □ Surdose non intentionnelle□ Surdose intentionnelle (suicide, homicide, autre)□ Intention inconnue |

|  |
| --- |
| Description sommaire de l’événement (incluant les effets ressentis et observés avant l’arrivée des services d’urgence) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## Secours et services reçus

|  |
| --- |
| 9-1-1/premiers répondants/policiers/ambulanciers/hôpital |
| Appel au 9-1-1 : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Présence/intervention des premiers répondants : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Présence/intervention des policiers : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Présence/intervention des ambulanciers : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Visite à l’hôpital :  | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Nom de l’hôpital : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | No dossier : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Consultation à l’urgence : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Hospitalisation : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Si oui, admission aux soins intensifs : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |

|  |
| --- |
| Signes et symptômes observés par les services d’urgence ou à l’arrivée à l’hôpital |
| Détresse respiratoire : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Altération de l’état de conscience : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Myosis : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Cyanose : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Arrêt cardio-respiratoire : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Sudation excessive : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Agitation : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Convulsions : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Hallucinations : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Autre (préciser) : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autre (préciser) : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autre (préciser) : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Signes vitaux observés à l’arrivée à l’hôpital |
| Échelle de Glasgow (score) : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fréquence et rythme respiratoire : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Température : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Pression artérielle : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fréquence et rythme cardiaque : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |
| --- |
| Assistance ventilatoire |
| Effectuée : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Effectuée par : | □ Ambulancier(-ière) | □ Intervenant(e) communautaire | □ Infirmier(-ière) hors CH |
| □ Premier(-ière) répondant(e) | □ Pair consommateur | □ Infirmier(-ière) en CH |
| □ Policier(-ière) | □ Proche (famille/ami) | □ Médecin |
| □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Compression thoracique |
| Effectuée : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Effectuée par : | □ Ambulancier(-ière) | □ Intervenant(e) communautaire | □ Infirmier(-ière) hors CH |
| □ Premier(-ière) répondant(e) | □ Pair consommateur | □ Infirmier(-ière) en CH |
| □ Policier(-ière) | □ Proche (famille/ami) | □ Médecin |
| □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Administration de naloxone** |
| Effectuée : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| **Administration 1** |
| Effectuée par : | □ Ambulancier(-ière) | □ Intervenant(e) communautaire | □ Infirmier(-ière) hors CH |
| □ Premier(-ière) répondant(e) | □ Pair consommateur | □ Infirmier(-ière) en CH |
| □ Policier(-ière) | □ Proche (famille/ami) | □ Médecin |
| □ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Voie d’administration :  | □ IM□ IN□ IV | Nombre de doses ou volume administrés : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Concentration : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Heure : | Format 24 h |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
| Réponse à la naloxone : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Notes : |  |
|  |
| **Administration 2** |
| Effectuée par : | □ Ambulancier(-ière) | □ Intervenant(e) communautaire | □ Infirmier(-ière) hors CH |
| □ Premier(-ière) répondant(e) | □ Pair consommateur | □ Infirmier(-ière) en CH |
| □ Policier(-ière) | □ Proche (famille/ami) | □ Médecin |
| □ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Voie d’administration :  | □ IM□ IN□ IV | Nombre de doses ou volume administrés : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Concentration : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Heure : | Format 24 h |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
| Réponse à la naloxone : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Notes : |  |
|  |
| **Administration 3** |
| Effectuée par : | □ Ambulancier(-ière) | □ Intervenant(e) communautaire | □ Infirmier(-ière) hors CH |
| □ Premier(-ière) répondant(e) | □ Pair consommateur | □ Infirmier(-ière) en CH |
| □ Policier(-ière) | □ Proche (famille/ami) | □ Médecin |
| □ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Voie d’administration :  | □ IM□ IN□ IV | Nombre de doses ou volume administrés : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Concentration : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Heure : | Format 24 h |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
| Réponse à la naloxone : | □ Oui | □ Non  | □ Inconnu |
| Notes : |  |
|  |

## Issue finale

|  |  |
| --- | --- |
| □ Survie (si séquelles connues, préciser) : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Décès des suites de la surdose : | Date : | Année | Mois | Jour |  | No de dossier coroner : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| □ Inconnue |
| Issue finale en date du :  | Année | Mois | Jour |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

# Description des produits consommés (tel que rapporté)

Il est important de noter que la section 4.1 s’applique aux produits consommés dans les **3 heures** précédant la surdose, alors que la section 4.2 s’applique aux produits consommés dans les **3 jours** précédents la surdose (à l’exclusion de ceux déjà inclus à la section 4.1).

## Produits consommés dans les moments précédant la surdose (environ 3 heures)

|  |  |
| --- | --- |
| # | Produits consommés\* |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |

\* Instructions : indiquer le nom des produits que la personne rapporte avoir consommés (noms de rue ou autre). Valider qu’aucun produit consommé n’a été oublié. Voir les exemples de produits ci-dessous.

Exemples de produits :

* Alcool : vin, bière, spiritueux, boisson pré-mélangée, etc.
* Amphétamines : amphétamine, méthamphétamine, crystal meth, Ecstasy, etc.
* Cannabis : herbe, concentré (wax, dabs, shatter, BHO), huile, haschisch, etc.
* Cocaïne : cocaïne, crack
* Opioïdes : héroïne, Dilaudid/Hydromorph Contin (hydromorphone), OxyContin (oxycodone), morphine, fentanyl, codéine, etc.
* Autres drogues : GHB, sels de bains (méphédrone, MDPV, autres dérivés de la cathinone), cannabinoïdes de synthèse (K2, Spice, etc.), NBOMe, poppers (nitrites), kétamine, PCP, LSD, champignons magiques, etc.
* Antidépresseurs : Wellbutrin (bupropion), Cipralex/Celexa (citalopram), Prozac (fluoxétine), Paxil (paroxétine), Zoloft (sertraline), Effexor (venlafaxine), etc.
* Antipsychotiques : Seroquel (quétiapine), Zyprexa (olanzapine), Clozaril (clozapine), Risperdal (rispéridone), etc.
* Benzodiazépines : Xanax (alprazolam), Rivotril (clonazépam), Ativan (lorazépam), Lectopam (bromazépam), Valium (diazépam), etc.
* Smart drugs : Ritalin (méthylphénidate), Biphentin (méthylphénidate), Vyvanse (lisdexamfétamine), Strattera (atomoxétine), Adderall (amphétamine), Concerta (méthylphénidate)

|  |
| --- |
| **Instructions pour les pages suivantes :*** + Remplir les tableaux des pages suivantes pour chacun des produits mentionnés dans le tableau ci-haut.
	+ Au besoin, informer la victime de la surdose ou son répondant de la possibilité d’utiliser une ligne anonyme de déclaration :

« En plus de l'enquête de la direction de santé publique, la police peut effectuer sa propre enquête pour retirer du marché la drogue à la source des surdoses. Si vous souhaitez transmettre des informations à la police de manière **anonyme** et **confidentielle**, vous pouvez appeler la ligne (remplacer ce texte par le nom de la ligne à appeler dans votre région) au numéro suivant : (remplacer ce texte par le numéro de téléphone) ».Chaque direction de santé publique doit identifier le numéro à appeler dans sa région. À défaut d’un service d’appel anonyme par le corps policier de la région, les informations peuvent être transmises à **Échec au crime** au **1 800 711-1800**. |

|  |
| --- |
| PRODUIT 1 |
| Description du produit |
| Nom du produit consommé : |  |
| Substance présumée : |  |
| Description du produit : | Présentation : | □ Comprimé; forme : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Capsule |
| □ Poudre  |
| □ Liquide |
| □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Couleur : |  |
| Inscription/logo : |  |
| Photo disponible : | □ Oui (□ pièce jointe) | □ Non | □ Inconnu |
| Description de l’emballage : | Matériau, couleur, logo, signe distinctif, etc. :  |  |
| Photo disponible : | □ Oui (□ pièce jointe) | □ Non | □ Inconnu |
| Caractéristiques différentes de l’usuel (couleur, forme, logo, odeur, goût, emballage) : | □ Oui. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Non□ Inconnu |
| Prescription : | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit□ Inconnu |
| Consommation |
| Quantité consommée : |  |
| Mode de consommation : | □ Ingestion (avalé)□ Injection□ Intranasal□ Inhalation (fumé)□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Changements dans le mode de consommation : | □ Oui. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Non□ Inconnu |
| Fréquence de consommation habituelle de ce produit : |  |
| Provenance |
| Lieu d’acquisition (ville, quartier, Web, autre) : |  |
| Date d’acquisition : |  | Année | Mois | Jour |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Changement récent de fournisseur : | □ Oui | □ Non | □ Inconnu |
| Disponibilité du produit pour analyse |
| Produit disponible pour analyse : | □ Oui | □ Non | □ Inconnu |
| Si oui, suivi : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autres informations |
|  |
|  |
| PRODUIT 2 |
| Description du produit |
| Nom du produit consommé : |  |
| Substance présumée : |  |
| Description du produit : | Présentation : | □ Comprimé; forme : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Capsule |
| □ Poudre  |
| □ Liquide |
| □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Couleur : |  |
| Inscription/logo : |  |
| Photo disponible : | □ Oui (□ pièce jointe) | □ Non | □ Inconnu |
| Description de l’emballage : | Matériau, couleur, logo, signe distinctif, etc. :  |  |
| Photo disponible : | □ Oui (□ pièce jointe) | □ Non | □ Inconnu |
| Caractéristiques différentes de l’usuel (couleur, forme, logo, odeur, goût, emballage) : | □ Oui. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Non□ Inconnu |
| Prescription : | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit□ Inconnu |
| Consommation |
| Quantité consommée : |  |
| Mode de consommation : | □ Ingestion (avalé)□ Injection□ Intranasal□ Inhalation (fumé)□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Changements dans le mode de consommation : | □ Oui. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Non□ Inconnu |
| Fréquence de consommation habituelle de ce produit : |  |
| Provenance |
| Lieu d’acquisition (ville, quartier, Web, autre) : |  |
| Date d’acquisition : |  | Année | Mois | Jour |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Changement récent de fournisseur : | □ Oui | □ Non | □ Inconnu |
| Disponibilité du produit pour analyse |
| Produit disponible pour analyse : | □ Oui | □ Non | □ Inconnu |
| Si oui, suivi : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autres informations |
|  |
|  |
| PRODUIT 3 |
| Description du produit |
| Nom du produit consommé : |  |
| Substance présumée : |  |
| Description du produit : | Présentation : | □ Comprimé; forme : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Capsule |
| □ Poudre  |
| □ Liquide |
| □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Couleur : |  |
| Inscription/logo : |  |
| Photo disponible : | □ Oui (□ pièce jointe) | □ Non | □ Inconnu |
| Description de l’emballage : | Matériau, couleur, logo, signe distinctif, etc. :  |  |
| Photo disponible : | □ Oui (□ pièce jointe) | □ Non | □ Inconnu |
| Caractéristiques différentes de l’usuel (couleur, forme, logo, odeur, goût, emballage) : | □ Oui. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Non□ Inconnu |
| Prescription : | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit□ Inconnu |
| Consommation |
| Quantité consommée : |  |
| Mode de consommation : | □ Ingestion (avalé)□ Injection□ Intranasal□ Inhalation (fumé)□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Changements dans le mode de consommation : | □ Oui. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Non□ Inconnu |
| Fréquence de consommation habituelle de ce produit : |  |
| Provenance |
| Lieu d’acquisition (ville, quartier, Web, autre) : |  |
| Date d’acquisition : |  | Année | Mois | Jour |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Changement récent de fournisseur : | □ Oui | □ Non | □ Inconnu |
| Disponibilité du produit pour analyse |
| Produit disponible pour analyse : | □ Oui | □ Non | □ Inconnu |
| Si oui, suivi : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autres informations |
|  |
|  |
| PRODUIT 4 |
| Description du produit |
| Nom du produit consommé : |  |
| Substance présumée : |  |
| Description du produit : | Présentation : | □ Comprimé; forme : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Capsule |
| □ Poudre  |
| □ Liquide |
| □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Couleur : |  |
| Inscription/logo : |  |
| Photo disponible : | □ Oui (□ pièce jointe) | □ Non | □ Inconnu |
| Description de l’emballage : | Matériau, couleur, logo, signe distinctif, etc. :  |  |
| Photo disponible : | □ Oui (□ pièce jointe) | □ Non | □ Inconnu |
| Caractéristiques différentes de l’usuel (couleur, forme, logo, odeur, goût, emballage) : | □ Oui. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Non□ Inconnu |
| Prescription : | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit□ Inconnu |
| Consommation |
| Quantité consommée : |  |
| Mode de consommation : | □ Ingestion (avalé)□ Injection□ Intranasal□ Inhalation (fumé)□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Changements dans le mode de consommation : | □ Oui. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Non□ Inconnu |
| Fréquence de consommation habituelle de ce produit : |  |
| Provenance |
| Lieu d’acquisition (ville, quartier, Web, autre) : |  |
| Date d’acquisition : |  | Année | Mois | Jour |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Changement récent de fournisseur : | □ Oui | □ Non | □ Inconnu |
| Disponibilité du produit pour analyse |
| Produit disponible pour analyse : | □ Oui | □ Non | □ Inconnu |
| Si oui, suivi : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autres informations |
|  |
|  |

## Produits consommés dans les 3 jours précédant la surdose

Les informations sur les produits consommés dans les 3 jours précédant la surdose permettent une interprétation plus juste des résultats lorsque des analyses toxicologiques sont réalisées (section 7).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| # | Produits consommés\* | Prescription |
| **1** |  | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit | □ Inconnu□ S. O. |
| **2** |  | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit | □ Inconnu□ S. O. |
| **3** |  | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit | □ Inconnu□ S. O. |
| **4** |  | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit | □ Inconnu□ S. O. |
| **5** |  | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit | □ Inconnu□ S. O. |
| **6** |  | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit | □ Inconnu□ S. O. |
| **7** |  | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit | □ Inconnu□ S. O. |
| **8** |  | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit | □ Inconnu□ S. O. |
| **9** |  | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit | □ Inconnu□ S. O. |
| **10** |  | □ Prescrit à la victime□ Prescrit à une autre personne□ Non prescrit | □ Inconnu□ S. O. |

\* Instructions : indiquer le nom de toutes les drogues et médicaments que la personne rapporte avoir consommés dans les 3 jours précédant la surdose, **à l’exclusion des produits consommés dans les moments précédant la surdose (section 4.1)** . Valider qu’aucun produit consommé n’a été oublié. Voir les exemples de produits ci-dessous.

Exemples de produits :

* Alcool : vin, bière, spiritueux, boisson pré-mélangée, etc.
* Amphétamines : amphétamine, méthamphétamine, crystal meth, Ecstasy, etc.
* Cannabis : herbe, concentré (wax, dabs, shatter, BHO), huile, haschisch, etc.
* Cocaïne : cocaïne, crack
* Opioïdes : héroïne, Dilaudid/Hydromorph Contin (hydromorphone), OxyContin (oxycodone), morphine, fentanyl, codéine, etc.
* Autres drogues : GHB, sels de bains (méphédrone, MDPV, autres dérivés de la cathinone), cannabinoïdes de synthèse (K2, Spice, etc.), NBOMe, poppers (nitrites), kétamine, PCP, LSD, champignons magiques, etc.
* Antidépresseurs : Wellbutrin (bupropion), Cipralex/Celexa (citalopram), Prozac (fluoxétine), Paxil (paroxétine), Zoloft (sertraline), Effexor (venlafaxine), etc.
* Antipsychotiques : Seroquel (quétiapine), Zyprexa (olanzapine), Clozaril (clozapine), Risperdal (rispéridone), etc.
* Benzodiazépines : Xanax (alprazolam), Rivotril (clonazépam), Ativan (lorazépam), Lectopam (bromazépam), Valium (diazépam), etc.
* Smart drugs : Ritalin (méthylphénidate), Biphentin (méthylphénidate), Vyvanse (lisdexamfétamine), Strattera (atomoxétine), Adderall (amphétamine), Concerta (méthylphénidate)

# Profil de consommation de la victime

|  |
| --- |
| HABITUDES DE CONSOMMATION |
| Consommation de drogues au cours du dernier mois : | □ 1 consommation – celle menant à la surdose□ À l’occasion, pas toutes les semaines□ Régulièrement, 1 ou 2 jours par semaine□ Régulièrement, 3 à 6 jours par semaine□ Tous les jours□ Inconnu |
| Injection de drogues au cours de la vie : | □ Oui |
| Si oui, injection au cours du dernier mois : | □ Oui | □ Non | □ Inconnu |
| □ Non |
| □ Inconnu |

|  |
| --- |
| SURDOSE ANTÉRIEURE |
| Surdose antérieure : | □ Oui |
| Si oui: | □ Dans le dernier mois | □ Dans la dernière année |
| □ Non |
| □ Inconnu |

# Counseling effectué à la suite de la surdose

Valider si le counseling a été effectué et, au besoin, faire le counseling lorsque cela est possible.

|  |
| --- |
| COUNSELING EFFECTUÉ |
| Prévenir les surdoses : | □ Oui | □ Non | □ Déjà sensibilisé | □ Inconnu |
| Reconnaître les signes et symptômes d’une surdose : | □ Oui | □ Non | □ Déjà sensibilisé | □ Inconnu |
| Savoir intervenir en cas de surdose : | □ Oui | □ Non | □ Déjà sensibilisé | □ Inconnu |
| Administrer la naloxone : | □ Oui | □ Non | □ Déjà sensibilisé | □ Inconnu |
| Savoir où se procurer la naloxone : | □ Oui | □ Non | □ Déjà sensibilisé | □ Inconnu |
| Référer à un service d’injection supervisé, lorsqu’applicable : | □ Oui | □ Non | □ Déjà sensibilisé | □ Inconnu |
| Référer à un centre de traitement de la dépendance : | □ Oui | □ Non | □ Déjà sensibilisé | □ Inconnu |
| Référer à un service de santé mentale : | □ Oui | □ Non | □ Déjà sensibilisé | □ Inconnu |
| Autre (préciser) : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autre (préciser) : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Analyses toxicologiques

Les analyses toxicologiques ont pour objet la recherche de drogues et de médicaments dans des matrices biologiques, des produits consommés ou du matériel de consommation afin d’identifier les substances en cause.

|  |
| --- |
| ÉCHANTILLON 1 |
| Échantillon soumis : | Analyse réalisée par : |
| □ Sang | □ Centre de toxicologie du Québec (INSPQ) |
| □ Urine | □ Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale |
| □ Liquide oculaire | □ Hôpital. Lequel : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Produit consommé (drogue) | □ Service d’analyse des drogues (Santé Canada) |
| □ Matériel de consommation | □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Date du prélèvement : | Année | Mois | Jour |  | Lieu du prélèvement : |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Analyses demandées ou effectuées : |  |
|  |
| Notes : |  |
|  |
| Consulter le rapport de laboratoire pour les résultats |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| □ Rapport préliminaire | No de référence : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : | Année | Mois | Jour |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| □ Rapport final | No de référence : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : | Année | Mois | Jour |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| ÉCHANTILLON 2 |
| Échantillon soumis : | Analyse réalisée par : |
| □ Sang | □ Centre de toxicologie du Québec (INSPQ) |
| □ Urine | □ Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale |
| □ Liquide oculaire | □ Hôpital. Lequel : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Produit consommé (drogue) | □ Service d’analyse des drogues (Santé Canada) |
| □ Matériel de consommation | □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Date du prélèvement : | Année | Mois | Jour |  | Lieu du prélèvement : |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Analyses demandées ou effectuées : |  |
|  |
| Notes : |  |
|  |
| Consulter le rapport de laboratoire pour les résultats |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| □ Rapport préliminaire | No de référence : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : | Année | Mois | Jour |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| □ Rapport final | No de référence : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : | Année | Mois | Jour |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| ÉCHANTILLON 3 |
| Échantillon soumis : | Analyse réalisée par : |
| □ Sang | □ Centre de toxicologie du Québec (INSPQ) |
| □ Urine | □ Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale |
| □ Liquide oculaire | □ Hôpital. Lequel : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Produit consommé (drogue) | □ Service d’analyse des drogues (Santé Canada) |
| □ Matériel de consommation | □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Date du prélèvement : | Année | Mois | Jour |  | Lieu du prélèvement : |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Analyses demandées ou effectuées : |  |
|  |
| Notes : |  |
|  |
| Consulter le rapport de laboratoire pour les résultats |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| □ Rapport préliminaire | No de référence : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : | Année | Mois | Jour |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| □ Rapport final | No de référence : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : | Année | Mois | Jour |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| ÉCHANTILLON 4 |
| Échantillon soumis : | Analyse réalisée par : |
| □ Sang | □ Centre de toxicologie du Québec (INSPQ) |
| □ Urine | □ Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale |
| □ Liquide oculaire | □ Hôpital. Lequel : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Produit consommé (drogue) | □ Service d’analyse des drogues (Santé Canada) |
| □ Matériel de consommation | □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Autre : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Date du prélèvement : | Année | Mois | Jour |  | Lieu du prélèvement : |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Analyses demandées ou effectuées : |  |
|  |
| Notes : |  |
|  |
| Consulter le rapport de laboratoire pour les résultats |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| □ Rapport préliminaire | No de référence : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : | Année | Mois | Jour |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| □ Rapport final | No de référence : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : | Année | Mois | Jour |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

# Substances ayant possiblement causé la surdose

Cette section fait appel au jugement de l’enquêteur, basé sur les données recueillies lors de l’enquête.

|  |  |
| --- | --- |
| # | SUBSTANCE(S) |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |

# Notes

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de l’entrevue initiale :  | Année | Mois | Jour |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Professionnel 1 : |  |  |  |  |
|  | Nom en lettres moulées |  | Signature |  |
|  |
| Professionnel 2 : |  |  |  |  |
|  | Nom en lettres moulées |  | Signature |  |
|  |