



3.3 Quelle est l'affection **principale** à la présentation (cochez **une seule** catégorie)?

Blessure non intentionnelle

*Dans l'affirmative :*  Liée à un véhicule automobile

*Dans l'affirmative :*  Voiture  VTT  Motocyclette  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Chute  Coupure  Noyade ou quasi-noyade

Empoisonnement ou intoxication (lié au cannabis)

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Blessure intentionnelle

*Dans l'affirmative :*  Tentative de suicide  Blessure auto-infligée  Incertain

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Psychose

*Dans l'affirmative :*  Psychose induite par la drogue

*Dans l'affirmative :*  Premier épisode  Récurrence

Schizophrénie

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Trouble affectif ou anxieux

*Dans l'affirmative :*  Dépression  Bipolarité  Anxiété

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Trouble gastro-intestinal

*Dans l'affirmative :*  Syndrome d'hyperémèse cannabique

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Trouble respiratoire

*Dans l'affirmative :*  Crise d'asthme (bronchospasme)  Dépression respiratoire

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Trouble cardiovasculaire

*Dans l'affirmative :*  Syncope  Ischémie ou infarctus

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Trouble neurologique

*Dans l'affirmative :*  Convulsions

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Troubles de l'usage  
du cannabis (DSM 5)

*Dans l'affirmative :*  Intoxication par le cannabis

Sevrage du cannabis

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

## SECTION 4 – TRAITEMENT ET PRONOSTIC

4.1 Pronostic de l'affection déclarée (cochez toutes les réponses applicables) :

Hospitalisation *Dans l'affirmative, (cochez toutes les réponses applicables) :*

Lit en soins généraux  Lit à l'USI ou l'USIP  Lit en psychiatrie

Précisez la durée du séjour : \_\_\_\_\_ jours  Le patient est toujours hospitalisé

Incapacité permanente confirmée *Dans l'affirmative, précisez :* \_\_\_\_\_

Incapacité permanente possible *Dans l'affirmative, expliquez :* \_\_\_\_\_

Décès

4.2 Traitement prodigué (cochez toutes les réponses applicables) :

Ne s'applique pas (décès avant l'hospitalisation)

Physique

*Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables :*

Consultation en médecine de l'adolescence

Assistance respiratoire *Dans l'affirmative :*  Intubation  Non invasive

Médicaments vasoactifs

Transfusion sanguine, solution colloïdale ou les deux

Assistance rénale (hémodialyse, hémofiltration ou les deux)

Opération chirurgicale *Dans l'affirmative, précisez :* \_\_\_\_\_

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Mental et psychosocial

*Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables :*

Consultation en psychiatrie

Autre professionnel en santé mentale

*Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables :*

Psychologue  Travailleur social  Intervenant en toxicomanie

Intervenant en protection de l'enfance

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

## SECTION 5 – CAUSALITÉ

5.1 Pour ce qui est de l'affection principale à la présentation, la consommation de cannabis à des fins non médicales (récréatives) était (cochez une seule réponse) :  la cause possible  la cause plausible  la cause définie

5.2 L'affection principale était causée par (cochez une seule réponse) :

l'exposition primaire du patient au cannabis (p. ex., ingestion ou inhalation)

l'exposition secondaire du patient au cannabis ou à ses sous-produits (p. ex., fumée secondaire)

l'exposition au cannabis par autrui (p. ex., blessure causée par un parent sous l'influence du cannabis)

*Dans l'affirmative, source d'exposition :*  Parent  Autre personne qui s'occupe de l'enfant

Ami  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

## SECTION 6 – DÉTAILS DE L'EXPOSITION AU CANNABIS

6.1 Exposition au cannabis (cochez une seule réponse) :  Intentionnelle  Non intentionnelle  Inconnu

6.2 Source d'acquisition des produits du cannabis (cochez toutes les réponses applicables) :

Patient  Parent ou tuteur  Ami  Autre, précisez : \_\_\_\_\_  Inconnu

6.3 Provenance des produits (cochez toutes les réponses applicables) :

Détaillants légaux (magasins autorisés par la province)

Producteurs autorisés de cannabis à des fins médicales (en vertu du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales)

Culture ou production légale à domicile  Sources illégales (p. ex., dans la rue, dispensaires non autorisés)

Inconnu

*Si la provenance est légale, information sur les produits :* Nom et puissance du produit : \_\_\_\_\_

Producteur autorisé : \_\_\_\_\_

Lot : \_\_\_\_\_

Inconnu

6.4 Voie d'exposition (cochez toutes les réponses applicables) :

Ingestion :  Oui  Non  Inconnu

Inhalation :  Oui  Non *Dans l'affirmative, (cochez toutes les réponses applicables) :*

Fumer  Vapoter  Dabbing (inhalation de concentrés de cannabis chauffé)

Inconnu  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

- 6.5 Type de produit :  Marijuana (feuilles et fleurs déchiquetées)
- Hachisch
  - Huile de cannabis
  - Huile de hachisch (y compris l'huile de hachisch au butane, BHO)
  - Dab (concentré de cannabis – shatter [cristal], wax [cire], budder [beurre])
  - Teinture ou extrait de cannabis
  - Produits de cannabis comestibles (nourriture ou bonbons), précisez : \_\_\_\_\_
  - Autre, précisez : \_\_\_\_\_
  - Inconnu

- 6.6 Fréquence de consommation :  Non applicable (exposition non intentionnelle)
- Première consommation
  - Histoire antérieure de consommation, *Dans l'affirmative, précisez :*
    - Quotidienne  Au moins une fois par semaine
    - Au moins une fois par mois  Moins d'une fois par mois
    - Inconnu

**SECTION 7 – COEXPOSITION À D'AUTRES SUBSTANCES**

- 7.1 Autres substances utilisées ou auxquelles le patient a été exposé et qui ont contribué à l'affection déclarée (cochez toutes les réponses applicables) :
- Alcool  Opioïdes  Amphétamines ou ecstasy  Benzodiazépines  Cocaïne
  - Cannabinoïdes synthétiques (« spice »)  Tabac ou cigarettes  Autre, précisez : \_\_\_\_\_
  - Aucune  Incertain ou inconnu

**SECTION 8 – DONNÉES DE LABORATOIRE**

8.1 Tests effectués pour démontrer l'exposition au cannabis :

Test	Effectué	Résultats	
Urine, technique qualitative	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Non disponible dans mon établissement	<i>Dans l'affirmative :</i> <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	
Urine, technique quantitative	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Non disponible dans mon établissement	<i>Dans l'affirmative :</i> <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	<i>Si la réponse est positive, précisez les résultats : _____</i>
Sang, technique quantitative	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Non disponible dans mon établissement	<i>Dans l'affirmative :</i> <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	<i>Si la réponse est positive, précisez les résultats : _____</i>
Autre, précisez : _____		<i>Dans l'affirmative :</i> <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	<i>Si la réponse est positive, précisez les résultats : _____</i>

## SECTION 9 – HISTOIRE MÉDICALE PERTINENTE

- 9.1 Hospitalisation antérieure à cause d'une affection liée au cannabis :  Oui  Non  Inconnu
- 9.2 Affections médicales antérieures importantes contribuant à l'affection principale à la présentation (cochez toutes les réponses applicables) :
- Affection psychiatrique, précisez : \_\_\_\_\_
- Affection cardiaque, précisez : \_\_\_\_\_
- Affection respiratoire, précisez : \_\_\_\_\_
- Affection neurologique, précisez : \_\_\_\_\_
- Autre affection, précisez : \_\_\_\_\_
- Inconnu
- 9.3 Tout médicament prescrit susceptible d'avoir contribué à l'affection principale à la présentation (inscrivez toutes les réponses applicables) : \_\_\_\_\_

## SECTION 10 – RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

- J'accepte que le PCSP prenne contact avec moi pour obtenir des compléments d'information.
- Je préfère que le PCSP ne prenne pas contact avec moi pour me demander des compléments d'information.

## SECTION 11 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province ou territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Date de complétion \_\_\_\_\_

**Merci d'avoir rempli ce formulaire.**