GRAVES BLESSURES AUTO-INFLIGÉES CHEZ LES JEUNES DEVANT ÊTRE ADMIS EN SOINS INTENSIFS

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent Ottawa (Ontario) K1G 4J8 Tél.: 613-526-9397, poste 239

Téléc.: 613-526-3332 pcsp@cps.ca www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION (Partie remplie par le PCSP) Numéro de rapport Mois de déclaration Province Date du jour

Veuillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné. Les données sont traitées en toute confidentialité.

DÉFINITION DE CAS DE GRAVES BLESSURES AUTO-INFLIGÉES CHEZ LES JEUNES DEVANT ÊTRE ADMIS EN SOINS INTENSIFS

Déclarer tout nouveau patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) qui respecte **LES DEUX** critères suivants :

- Tentative confirmée ou présumée de blessure auto-infligée ou de suicide (toute forme d'auto-empoisonnement ou de blessure auto-infligée, quel que soit le degré d'intention de mourir)
- 2. Admission à une unité de soins intensifs en tout temps pendant une hospitalisation (quelle qu'en soit la durée)

Critères d'exclusion

Empoisonnement (p. ex., intoxication) ou blessure accidentels

Remarque : Si vous n'êtes pas en mesure de déterminer si la blessure était accidentelle, faites preuve du meilleur jugement clinique et déclarez le cas si vous présumez une blessure auto-infligée.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1	Date de naissance : / / DD MM AAAA
1.2	Sexe : Masculin Féminin Autre
1.3	Ethnie (cochez toutes les réponses applicables) : Caucasienne Asiatique Noire Chinoise
	Philippine Japonaise Coréenne Latino-américaine Sud-asiatique (p. ex., Bangladeshi)
	Asiatique du Sud-Est (p. ex. Vietnamienne) Asiatique occidentale (p. ex., Afghan) Premières nations
	Inuit Métis Autre (précisez) : Inconnu
1.4	Veuillez indiquer les trois premiers symboles du code postal de votre lieu de pratique :
1.5	Le patient est-il né au Canada? Oui Non Inconnu
1.6	Le patient a-t-il le statut de réfugié? Oui Non Inconnu
1.7	Où ou avec qui le patient habite-t-il la majorité du temps?
	Avec ses deux parents biologiques
	Avec un parent biologique : y a-t-il un beau-parent? Oui Non Inconnu
	Parent(s) adoptif(s)
	Parents du même sexe
	Tuteur non parental (p. ex., parent d'accueil, grand-parent) (décrivez) :
	Foyer de groupe ou traitement résidentiel Centre de détention Aucune adresse fixe ou refuge
	Autre (décrivez) :
	Inconnu
1.8	Le patient s'identifie-t-il comme :
	Hétérosexuel Gay ou lesbienne Bisexuel Transgenre Inconnu

1.9	La protection de l'enfance ou les services sociaux sont-ils déjà intervenus dans cette famille?
	Oui Non Inconnu
1.10	Le patient a-t-il été victime de violence (physique ou sexuelle) ou d'autre maltraitance (p. ex., violence verbale, négligence)?
	Aucune preuve d'un tel problème
	Confirmée (antécédents de violence confirmés)
	Présumée (antécédents de violence soupçonnés par le clinicien traitant ou d'autres, mais aucune preuve)
	Inconnu (le clinicien traitant ne peut ni le confirmer ni l'écarter)
SECT	ION 2 – CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DE L'ÉPISODE DE BLESSURE AUTO-INFLIGÉE
2.1	Date de la blessure auto-infligée : / Inconnu MM AAAA
2.2 2.3	Veuillez préciser s'il s'agit d'un cas de blessure auto-infligée confirmé ou présumé Indiquez le mécanisme de grave blessure auto-infligée :
	Pendaison
	Suffocation
	Surdose de drogue (précisez le type de drogue) : Inconnu Inconnu
	Surdose de médicament sur ordonnance (précisez le nom des médicaments) : Inconnu
	Dans l'affirmative, s'agissait-il d'un médicament appartenant au patient? Oui Non Inconnu
	Ingestion de poison (précisez le type de poison) : Inconnu Inconnu
	Arme à feu
	Conduite d'un véhicule automobile
	Noyade
	Lacération ou ponction à l'aide d'un objet pointu
	Saut d'un point élevé Marche ou saut devant un train Marche dans la circulation
	Immolation (se mettre en feu)
	Autre (décrivez) :
	Inconnu
2.4	Y avait-il des traces d'intoxication par une substance psychoactive ou de sevrage d'une telle substance au moment de la
	blessure auto-infligée (présentation clinique ou dépistage dans l'urine ou la toxicologie sanguine)?
	Oui Non Inconnu
2.5	Avant ou après la blessure auto-infligée, le patient a-t-il laissé des traces de sa possible intention (p. ex., révéler l'envie de
	mourir, laisser une lettre de suicide, afficher des adieux dans les médias sociaux ou laisser des directives ou des preuves de
	planification)? Oui Non Inconnu
	Dans l'affirmative, précisez :
2.6	Cochez tous les événements stressants de la vie qui ont pu précipiter l'épisode de blessure auto-infligée :
	Crise amoureuse (p. ex., rupture)
	Conflit avec les camarades (y compris l'intimidation et le harcèlement par les médias sociaux ou Internet)
	Conflit familial (p. ex., divorce)
	Problèmes à l'école (p. ex., suspension)
	Orientation sexuelle ou crise d'identité de genre (p. ex., affirmation de son identité)
	Suicide(s) récent(s) à l'école ou dans la localité
	Violence (physique, sexuelle ou verbale)
	Autre (précisez) :
	Inconnu

SECT	ION 3 – ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES	Oui	Non	Inconnu
3.1	Le patient a-t-il déjà subi une évaluation psychiatrique?			
3.2	Le patient a-t-il déjà reçu un diagnostic de trouble psychiatrique?			
	Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables :			
	Trouble anxieux			
	Trouble dépressif			
	Trouble bipolaire			
	Schizophrénie ou autre trouble psychotique			
	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité			
	Trouble oppositionnel ou trouble des conduites			
	Trouble du spectre autistique			
	Trouble obsessif-compulsif			
	Traumatisme ou syndrome de stress post-traumatique (SSPT)			
	Trouble de douleur chronique			
	Autre (précisez) :			
		Oui	Non	Inconnu
3.3	Le patient a-t-il des antécédents de consommation de substances psychoactives?			
3.4	Le patient s'était-il fait prescrire des médicaments psychiatriques avant la blessure auto-infligée?			
3.5	Le patient s'est-il déjà infligé des blessures non suicidaires (se couper)?			
3.6	Le patient a-t-il déjà fait des tentatives de suicide?			
	Dans l'affirmative, la tentative la plus récente s'est-elle produite dans les 12 mois PRÉCÉDANT cette hospitalisation à l'USI?			
	Dans l'affirmative, précisez le nombre de tentatives de suicide précédentes?			
3.7	Au moment de l'admission à l'USI, le patient était-il sous les soins d'un psychiatre, d'un travailleur socia professionnel de la santé mentale?	l ou d'	un autr	re
3.8	Le patient était-il sur une liste d'attente de services en santé mentale au moment de son admission à l'USI?			
3.9	Le patient a-t-il demandé l'aide de services de santé mentale ou s'est-il présenté à la salle d'urgence à cause d'un problème de santé mentale ou dans les <u>trois mois</u> précédant cette hospitalisation à l'USI?			
3.10	Les parents, tuteurs ou éducateurs savaient-ils que le patient envisageait un suicide?			
SECT	ION 4 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX	Oui	Non	Inconnu
4.1	Y a-t-il des antécédents familiaux de troubles psychiatriques (y compris les troubles de consommation de substance psychoactive) chez un parent, un frère ou une sœur biologique?			
	Dans l'affirmative, précisez les diagnostics :			
4.2	Y a-t-il des antécédents connus de tentatives de suicide chez un parent, un frère ou une sœur			
	biologique?			
4.3	Y a-t-il des antécédents connus de suicide complété chez un parent, un frère ou une sœur biologique?			
SECT	ION 5 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	Oui	Non	Inconnu
5.1	Le patient a-t-il une maladie diagnostiquée?	- a.		
J. 1	Dans l'affirmative, précisez les diagnostics :			
5.2	Le patient a-t-il une incapacité intellectuelle?		-	
5.3	Le patient a-t-il un trouble d'apprentissage?			

SECT	ION 6 – PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC					
6.1	Type d'admission à l'USI : USI pédiatrique USI pour adultes					
6.2	Traitement administré pendant l'hospitalisation à l'USI	Oui	Non	Inco	nnu n	ı.a.
	Ventilation (invasive ou non)					
	Soutien hémodynamique (p. ex., stimulation cardiaque ou perfusion d'inotropes)					
	Dialyse (hémodialyse intermittente ou dialyse péritonéale)					
	Opération					
	Exsanguinotransfusion					
	Utilisation d'un antidote (en raison d'une ingestion non accidentelle) Autre (précisez) :					
6.3	Le patient a-t-il consulté un psychiatre pendant son hospitalisation à cause d'une blessure auto-infligée?		Oui	Non	Incon	ınu
6.4	Durée du séjour à l'USI (encerclez jours ou semaines) : jours/semaines					
6.5	Résultat de l'hospitalisation à l'USI :					
	Patient toujours hospitalisé à l'USI Décès Inconnu Congé de l'USI					
	S'il a obtenu son congé de l'USI :					
	Congé à domicile					
	Congé dans un lit pédiatrique Patient toujours hospitalisé					
	Patient transféré dans un lit psychiatrique					
	Durée de séjour dans un lit pédiatrique (enc	erclez	jours o	ou sen	naines)	
	Congé dans un lit psychiatrique Patient toujours hospitalisé					
	Durée de séjour dans un lit psychiatrique (e	ncercl	ez jour	s ou se	emaines	s)
	Autre (p. ex., établissement de soins de longue durée) (précisez) :					
6.6	Au moment du congé de l'USI, le patient présentait-il des séquelles permanentes à cause de l'é (déficit neurologique, atteinte cognitive ou lésions aux organes exigeant un traitement à long terr		de ble	essure	auto-inf	ligé
	Oui Non Inconnu					
	Dans l'affirmative, précisez :					
SECT	ION 7 – PLAN DE CONGÉ	(Dui I	Non	Inconn	١u
7.1	Le patient a-t-il été dirigé vers un suivi auprès d'un psychiatre?					
7.2	Le patient a-t-il été dirigé ou suivi auprès d'un autre professionnel de la santé mentale	_				
	qu'un psychiatre (p. ex., travailleur social)?	_				
7.3	Le patient s'est-il fait prescrire des médicaments psychiatriques au congé?	_				
	Dans l'affirmative, lequel des professionnels de la santé suivants s'occupera des médicaments le congé? Médecine de famille Pédiatre Psychiatre Infirmière praticienne_		iatrique	es du p	atient a	prè
J.	accepte que le PCSP prenne contact avec moi pour obtenir des compléments d'informatior	1.				
	e préfère que le PCSP ne prenne pas contact avec moi pour me demander des compléments		ormat	ion.		
	ION 8 – MÉDECIN DÉCLARANT m Nom					_
Adres	se					_
Ville _	Province Code postal					_
Télép	honeTélécopieur					_

Merci d'avoir rempli ce formulaire.