

# Maladies et blessures graves liées au vapotage

## PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent  
Ottawa (Ontario) K1G 4J8  
Tél. : 613-526-9397, poste 239  
Télec. : 613-526-3332  
pcsp@cps.ca  
www.pcsp.cps.ca

### RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par le PCSP)

Numéro du rapport

Mois de déclaration

Province

Date du jour

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné. Si l'information demandée ci-dessous est difficile à obtenir, laissez la réponse vierge. Les données seront traitées confidentiellement.**

### DÉFINITION DES MALADIES ET BLESSURES GRAVES LIÉES AU VAPOTAGE

Déclarer tout enfant ou adolescent de moins de 18 ans (jusqu'à son 18<sup>e</sup> anniversaire) qui a besoin de soins à l'urgence, d'être hospitalisé ou d'être admis en soins intensifs en raison d'une maladie ou d'une blessure associée à l'un des éléments suivants :

1. L'inhalation d'aérosols à partir d'une vapoteuse (p. ex., lésion pulmonaire aiguë, graves symptômes gastro-intestinaux, activation ou dépression du système nerveux central, toxicité ou sevrage aigu de la nicotine)
2. Le dysfonctionnement d'une vapoteuse (p. ex., brûlure, traumatisme aux yeux, aux mains ou au visage)
3. L'ingestion d'une substance de vapotage (p. ex., liquide à vapoter contenant ou non de la nicotine ou arômes, huile tétrahydrocannabinol [THC] et huile de hasch)

L'exposition à des dispositifs, des produits ou des substances de vapotage peut être **intentionnelle** ou **non intentionnelle** et inclut à la fois l'exposition primaire (utilisation ou inhalation directe) ou secondaire (p. ex., exposition aux aérosols de vapotage d'autrui ou blessure causée par une vapoteuse utilisée par autrui).

Les dispositifs de vapotage, ou vapoteuses, incluent tout type de cigarette électronique ou dispositif semblable qui aérosolise une substance solide ou liquide (substance de vapotage) susceptible de contenir la totalité ou une partie des substances suivantes : nicotine, cannabis, arômes et autres produits chimiques.

### SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES SUR LE PATIENT

- 1.1 Mois et année de naissance :     /     /      
MM AAAA
- 1.2 Sexe attribué à la naissance :  Masculin  Féminin  Intersexué
- 1.3 Genre :  Masculin  Féminin  Transgenre  Non binaire  Inconnu  Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- 1.4 Groupe de population déclaré par le patient ou la famille (cochez toutes les réponses applicables) :
- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arabe  | <input type="checkbox"/> Noir   | <input type="checkbox"/> Chinois                                      | <input type="checkbox"/> Philippin               |
| <input type="checkbox"/> Japonais   | <input type="checkbox"/> Coréen   | <input type="checkbox"/> Latino-Américain                             | <input type="checkbox"/> Blanc                   |
| <input type="checkbox"/> Premières Nations  | <input type="checkbox"/> Inuit  | <input type="checkbox"/> Métis  | <input type="checkbox"/> Inconnu ou non demandé  |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est<br>(p. ex., Vietnamien,<br>Cambodgien, Laotien) | <input type="checkbox"/> Sud-Asiatique<br>(p. ex., Indien d'Asie,<br>Pakistanaï, Sri Lankais) | <input type="checkbox"/> Ouest-Asiatique<br>(p. ex., Iranien, Afghan) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
- 1.5 Trois premiers caractères du code postal :

### SECTION 2 – PRÉSENTATION CLINIQUE

- 2.1 Date de la présentation :     /     /      
JJ MM AAAA
- 2.2 Comment la maladie ou la blessure liée au vapotage est-elle survenue? (Sélectionnez **une seule réponse**.)

**Inhalation d'aérosols en provenance d'une vapoteuse**

*Dans l'affirmative, a) quel type de maladie ou de blessure le patient a-t-il subie? (Cochez toutes les réponses applicables)*

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire                                       | <input type="checkbox"/> Lésion pulmonaire                     | <input type="checkbox"/> Irritation de la gorge ou de la bouche |
| <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements                                     | <input type="checkbox"/> Douleur abdominale                    | <input type="checkbox"/> Agitation                              |
| <input type="checkbox"/> Paranoïa ou hallucinations                                  | <input type="checkbox"/> Coma                                  | <input type="checkbox"/> Céphalées                              |
| <input type="checkbox"/> Étourdissements   | <input type="checkbox"/> Palpitations ou tachycardie           |   |
| <input type="checkbox"/> Sevrage de la nicotine                                      | <input type="checkbox"/> Dépression du système nerveux central |   |
| <input type="checkbox"/> Symptômes constitutionnels (p. ex., fièvre, perte de poids) |  |   |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____                                     |  |   |

**b) La blessure respecte-t-elle les critères de maladie pulmonaire liée au vapotage **probable** ou **confirmée**?**  Confirmée  Probable  Je ne sais pas  n.a.

\*Les critères diagnostiques précis figurent à l'adresse [www.canada.ca/fr/public-health/services/diseases/vaping-pulmonary-illness/health-professionals/national-case-definition.html](http://www.canada.ca/fr/public-health/services/diseases/vaping-pulmonary-illness/health-professionals/national-case-definition.html).

- c) La blessure était-elle causée par :  une exposition directe (p. ex., inhalation)  
 une exposition secondaire (p. ex., vapoteuse utilisée par autrui)  Inconnu

**Dysfonctionnement d'une vapoteuse**

*Dans l'affirmative, a) quel type de maladie ou de blessure le patient a-t-il subie? (Cochez toutes les réponses applicables)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire                         | <input type="checkbox"/> Lésion pulmonaire                                       |
| <input type="checkbox"/> Blessure ou brûlure oculaire, perte de vision | <input type="checkbox"/> Blessure ou brûlure de la tête ou du cou                |
| <input type="checkbox"/> Blessure ou brûlure de la bouche              | <input type="checkbox"/> Blessure ou brûlure de la main                          |
| <input type="checkbox"/> Blessure ou brûlure des membres inférieurs    | <input type="checkbox"/> Blessure ou brûlure des membres supérieurs ou du thorax |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____                       |  |

b) Quelle est la cause de la blessure?

- Dysfonctionnement de la batterie  Feu électrique  Inhalation de fumée  Explosion  
 Inconnu  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Ingestion d'une substance de vapotage**

*Dans l'affirmative, a) l'ingestion était-elle  intentionnelle  non intentionnelle  Inconnu*

b) Quel type de maladie ou de blessure le patient a-t-il subie? (Cochez toutes les réponses applicables)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire                 | <input type="checkbox"/> Irritation ou brûlure de la gorge ou de la bouche     |
| <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements               | <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Agitation |
| <input type="checkbox"/> Paranoïa ou hallucinations            | <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Céphalées               |
| <input type="checkbox"/> Étourdissements                       | <input type="checkbox"/> Palpitations ou tachycardie                           |
| <input type="checkbox"/> Dépression du système nerveux central |  |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____               |  |

c) Comment le patient est-il entré en contact avec la substance de vapotage?

- Déversement  Réservoir rechargeable  Cartouche, capsule préremplie  
 Directement de l'appareil  Inconnu  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

- 2.3 La blessure a-t-elle été déclarée officiellement?  Oui  Non  Inconnu *Dans l'affirmative, où a-t-elle été déclarée? (Cochez toutes les réponses applicables)*  Autorités de santé publique  Santé Canada  
 Centre antipoison  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PRODUIT DE VAPOTAGE**

- 3.1 Les substances de vapotage contenaient-elles des arômes?  Oui  Non  Inconnu  n.a.  
*Dans l'affirmative, quels arômes les substances de vapotage contenaient-elles?*  Menthe  Menthol  Fruit  
 Dessert ou bonbon  Tabac  Alcool  Cannabis  Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- 3.2 Les substances de vapotage renfermaient-elles de la nicotine?  Oui  Non  Inconnu  n.a.
- 3.3 Les substances de vapotage renfermaient-elles du cannabis ou des cannabinoïdes (p. ex., tétrahydrocannabinol [THC], cannabidiol [CBD], huile de hasch)?  Oui  Non  Inconnu  n.a.
- 3.4 La vapoteuse était-elle :  un système fermé (contenant des cartouches et des capsules préremplies)  
 un système ouvert (contenant un réservoir rechargeable)  
 un appareil jetable (à usage unique)  un dispositif de tabac chauffé (*heat-not-burn*)  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_  Inconnu
- 3.5 L'appareil a-t-il été modifié ou utilisé d'une manière différente de l'usage recommandé?  
 Oui  Non  Inconnu
- 3.6 Comment les produits et les substances de vapotage ont-ils été acquis?  
 Achetés d'un détaillant légal (p. ex., magasin de vapotage, détaillant autorisé de cannabis)  
 Achetés d'une source en ligne légale ou illégale  
 Achetés d'une autre source illégale qu'une source en ligne (marché illicite)  
 Empruntés d'un ami ou d'un membre de la famille ou donnés par l'un d'eux  
 Trouvés à la maison  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_  
 Inconnu

**SECTION 4 – TRAITEMENT ET RÉSULTATS CLINIQUES**

- 4.1 Lieu de traitement du patient (cochez toutes les réponses applicables) :  
 Salle d'urgence  Service d'hospitalisation  Soins intensifs  Autre, précisez : \_\_\_\_\_  
*Si le patient a été hospitalisé, combien de jours l'a-t-il été?* \_\_\_\_ jours  Inconnu  Toujours hospitalisé  
*Si le patient a été admis en soins intensifs, combien de jours l'a-t-il été?* \_\_\_\_ jours  Inconnu  Toujours hospitalisé
- 4.2 Le patient a-t-il eu besoin de (cochez toutes les réponses applicables) :  
 liquides intraveineux  stéroïdes  antibiotiques  chirurgie  oxygène  
 ventilation non invasive (p. ex., pression positive continue à deux niveaux [BiPAP])  intubation  trachéostomie  
 oxygénation extracorporelle (ECMO)  Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- 4.3 Résultat clinique du patient :  
 Rétablissement complet  Problèmes de santé continus, précisez : \_\_\_\_\_  Décès  Inconnu

**SECTION 5 – COEXPOSITIONS, FACTEURS DE RISQUE ET TROUBLES DE SANTÉ ASSOCIÉS**

- 5.1 Le patient a-t-il déjà subi un test de dépistage de la COVID-19 :  Oui  Non  Inconnu  
*Dans l'affirmative, le patient a-t-il déjà un test positif :*  
 à l'amplification en chaîne par polymérase (PCR) de la COVID-19  aux anticorps de la COVID-19  Inconnu  
*Si le patient a obtenu un résultat positif, quelle a été la date du test?* \_\_\_\_\_
- 5.2 Le patient a-t-il déjà obtenu un diagnostic de maladie chronique?  Oui  Non  Inconnu  
*Dans l'affirmative, précisez (cochez toutes les réponses applicables) :*  
 Asthme  Fibrose kystique  Cardiopathie congénitale  Épilepsie  
 Maladie inflammatoire de l'intestin  Diabète  Inconnu  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- 5.3 Le patient utilisait-il une vapoteuse avant l'utilisation ou l'exposition responsable de la maladie ou de la blessure?  
 Non  Une fois ou deux  Trois fois ou plus  Inconnu  n.a.  
*Dans l'affirmative, à quelle fréquence a-t-il utilisé la vapoteuse dans le mois précédant la maladie ou la blessure?*  
 Ne l'a pas utilisée  Une fois ou deux  Toutes les semaines  Tous les jours  Inconnu
- 5.4 Le patient a-t-il déjà utilisé les produits suivants? (Cochez toutes les réponses applicables)  
 Cigarettes  Autres produits du tabac (p. ex., cigares, houka/chicha, tabac à chiquer)  Cannabis  Alcool  
 Opiacés  Benzodiazépines  Cocaïne  Ecstasy/molly/MDMA  Psychostimulants (non prescrits)  
 Autre, précisez (si vous le savez) : \_\_\_\_\_  Inconnu  Aucun  n.a.
- 5.5 Le jour de la maladie ou de la blessure, en plus du produit de vapotage indiqué à la section 3, le patient a-t-il consommé (cochez toutes les réponses applicables) :  
 Cigarettes  Autres produits du tabac (p. ex., cigares, houka/chicha, tabac à chiquer)  Cannabis  Alcool  
 Opiacés  Benzodiazépines  Cocaïne  Ecstasy/molly/MDMA  Psychostimulants (non prescrits)  
 Autre, précisez (si vous le savez) : \_\_\_\_\_  Inconnu  Aucun  n.a.
- 5.6 Le patient a-t-il déjà ressenti ou obtenu un diagnostic de troubles de santé mentale ou de trouble de comportement?  
 Oui  Non  Inconnu  
*Dans l'affirmative, précisez (cochez toutes les réponses applicables) :*  
 Dépression  Idéation suicidaire  Tentatives de suicide  
 Blessures auto-infligées ou automutilation  Trouble alimentaire  
 Anxiété  Surdose de drogue  Troubles de comportement  
 Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité  Inconnu  
 Autre trouble de santé mentale ou de comportement, précisez : \_\_\_\_\_
- 5.7 Y a-t-il une histoire de consommation de produits de vapotage, de produits du tabac ou de cannabis de la part d'un parent, d'un membre de la famille ou d'un camarade?  
 Oui  Non  Inconnu  
*Dans l'affirmative, précisez (cochez toutes les réponses applicables) :*  
 Mère  Père  Frère ou sœur  Grand-parent  Autre parent  Camarade ou ami  Inconnu
- 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 6 – RÉPERCUSSIONS À LONG TERME

Une autre étude pourrait être réalisée pour mieux comprendre les répercussions à long terme d'une maladie ou d'une blessure grave liée au vapotage. Ce processus serait mené hors du contexte du PCSP.

- 6.1 Acceptez-vous que l'équipe de l'étude communique avec vous pour vous poser des questions de suivi au sujet de ce cas? Si vous répondez oui, vous autorisez le PCSP à transmettre vos coordonnées (y compris votre courriel) à l'équipe, dirigée par le docteur Nicholas Chadi.  Oui  Non

## SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

7.1 Quel terme décrit le mieux votre pratique?

Pédiatre général  Pédiatre surspécialisé, précisez : \_\_\_\_\_

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

7.2 Trois premiers caractères du code postal de votre pratique : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

7.3 Lieu de pratique (cochez toutes les réponses applicables) :

a)  Région urbaine  Région suburbaine  Région rurale ou éloignée

b)  Milieu universitaire  Milieu non universitaire

c)  Urgence  Soins intensifs  Unité d'hospitalisation  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

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

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

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

(BLV 2021/01)