

Méfais aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs

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 DE CAS DE MÉFAITS AIGUS AU POTENTIEL MORTEL LIÉS À L'UTILISATION ILLICITE OU NON MÉDICALE D'OPIOÏDES, DE STIMULANTS OU DE SÉDATIFS

Déclarer tout patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) qui a besoin de l'une ou l'autre ou des deux interventions suivantes :

- Soins à l'urgence, hospitalisation ou admission en soins intensifs
- Réanimation (p. ex., naloxone) hors de l'hôpital*

En raison de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Utilisation d'un opioïde, d'un stimulant ou d'un sédatif illicite ou non prescrit
- Utilisation non médicale d'un opiacé (p. ex., codéine, hydromorphe, oxycodone), d'un stimulant (p. ex., psychostimulants), ou d'un sédatif (p. ex., benzodiazépines, barbituriques) sur ordonnance (p. ex., utilisation d'un médicament sur ordonnance d'une autre façon que celle prescrite, utilisation d'un médicament sur ordonnance prescrit à quelqu'un d'autre)

Critères d'exclusion

- Une affection causée par l'exposition accidentelle aux substances d'une autre personne (p. ex., un enfant qui ingère par erreur les substances d'un adulte)
- Une affection causée par l'utilisation d'une substance illicite pendant la grossesse ou l'allaitement (information déjà saisie ailleurs)
- Une affection découlant de l'utilisation indiquée de médicaments prescrits au patient à des fins médicales
- Une affection découlant du mésusage accidentel de médicaments prescrits au patient à des fins médicales
- Une affection découlant uniquement de l'utilisation d'alcool, de cannabis, de produits de vapotage, de cigarettes ou de produits du tabac, seuls ou combinés

* Les enfants et les adolescents victimes d'un incident de toxicité critique qui ont reçu seulement une réanimation d'urgence hors de l'hôpital (p. ex., administration de naloxone dans la communauté) sont admissibles à la présente étude s'ils se rendent à une première visite en clinique après une réanimation dans la communauté.

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU PROFESSIONNEL

1.1 Quel terme décrit le mieux votre pratique?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Pédiatre général | <input type="radio"/> Médecin de l'adolescence | <input type="radio"/> Urgentologue |
| <input type="radio"/> Urgentologue pédiatre | <input type="radio"/> Psychiatre | <input type="radio"/> Médecin de famille |
| <input type="radio"/> Intensiviste pédiatre | <input type="radio"/> Prescripteur non médecin (p. ex., infirmière praticienne, adjoint au médecin) | |
| <input type="radio"/> Autre, précisez : _____ | | |

1.2 Trois premiers caractères du code postal de votre pratique : ____ _

1.3 Lieu d'exercice où vous avez soigné ce patient (cochez toutes les réponses applicables) :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Région urbaine | <input type="checkbox"/> Milieu universitaire | <input type="checkbox"/> Aile d'hospitalisation médicale |
| <input type="checkbox"/> Région suburbaine | <input type="checkbox"/> Milieu non universitaire | <input type="checkbox"/> Unité de soins intensifs |
| <input type="checkbox"/> Région rurale ou éloignée | | <input type="checkbox"/> Aile d'hospitalisation en psychiatrie |
| | | <input type="checkbox"/> Urgence, centre sans rendez-vous |
| | | <input type="checkbox"/> Clinique ambulatoire |
| | | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES ET CONTEXTE SOCIAL DU PATIENT

2.1 Mois/année de naissance : ____ / ____
MM AAAA

2.2 Trois premiers caractères du code postal du patient : ____ _

- 2.3 Sexe assigné à la naissance : Masculin Féminin Intersexe Inconnu
- 2.4 Le patient s'identifie-t-il comme transgenre, non binaire ou bispirituel? Oui Non Non précisé
- 2.5 Le patient identifie-t-il son orientation sexuelle comme lesbienne, gay, bisexuelle, bispirituelle, pansexuelle, asexuelle ou queer? Oui Non Non précisé
- 2.6 Votre lieu de pratique recueille-t-il les données sur la race, l'ethnie ou l'identité autochtone déclarée par le patient?
 Oui Non Inconnu
- 2.6.1 Dans l'affirmative, quelle catégorie décrit le mieux le groupe racial ou ethnique du patient ou de sa famille?
 (Sélectionnez UNE SEULE réponse)
- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="radio"/> Arabe | <input type="radio"/> Noir | <input type="radio"/> Chinoise | <input type="radio"/> Philippin |
| <input type="radio"/> Japonais | <input type="radio"/> Coréen | <input type="radio"/> Latino-Américain | <input type="radio"/> Blanc |
| <input type="radio"/> Première Nation | <input type="radio"/> Inuit | <input type="radio"/> Métis | <input type="radio"/> Inconnu, n'a pas demandé |
| <input type="radio"/> Asiatique du Sud-Est (p. ex., vietnamien, cambodgien, laotien) | <input type="radio"/> Sud-Asiatique (p. ex., Indien d'Asie, Pakistanais, Sri Lankais) | <input type="radio"/> Ouest-Asiatique (p. ex., Iranien, Afghan) | <input type="radio"/> Autre, précisez : _____ |
- 2.7 Quelle est la langue préférée du patient (Sélectionnez UNE SEULE réponse)
- | | | |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> Française | <input type="radio"/> Anglaise | <input type="radio"/> Mandarine ou Yue (Cantonaise) |
| <input type="radio"/> Pendjabie | <input type="radio"/> Inconnu, n'a pas demandé | <input type="radio"/> Autre, précisez : _____ |

SECTION 3 – COEXPOSITIONS, AUTRES AFFECTIONS ET FACTEURS DE RISQUE

- 3.1 L'un ou l'autre des autres troubles de santé mentale ou troubles développementaux suivants étaient-ils présents?
 (Cochez toutes les réponses applicables)
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur | <input type="checkbox"/> Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité | <input type="checkbox"/> Syndrome d'alcoolisation fœtale |
| <input type="checkbox"/> Idées suicidaires, blessures auto-infligées | <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble psychotique | <input type="checkbox"/> Psychose induite par des substances psychoactives | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Trouble anxieux | <input type="checkbox"/> Trouble des conduites alimentaires | <input type="checkbox"/> Inconnu |
- 3.2 L'une ou l'autre des autres affections suivantes est-elle présente? (Cochez toutes les réponses applicables)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie chronique (à long terme) (p. ex., asthme, diabète, cancer) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Déficience physique | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Déficience sensorielle (p. ex., ouïe ou vision) | <input type="checkbox"/> Inconnu |

SECTION 4 – TABLEAU CLINIQUE

- 4.1 Date de la consultation : _____ / _____
MM AAAA
- 4.2 Substance(s) utilisé(e)s par le patient qui a (ont) donné lieu à ce tableau clinique (cochez toutes les réponses applicables) :
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Opioïdes illicite (p. ex., héroïne, fentanyl) | <input type="checkbox"/> Hallucinogènes (p. ex., LSD, PCP, psilocybine – champignons) |
| <input type="checkbox"/> Opioïdes sur ordonnance (p. ex., oxycodone, hydromorphone, codéine) | <input type="checkbox"/> Kétamine |
| <input type="checkbox"/> Médicaments pour le trouble de l'usage des opiacés (p. ex., méthadone, buprénorphine, morphine orale à libération lente) | <input type="checkbox"/> MDMA/ecstasy |
| <input type="checkbox"/> Stimulants illicites (p. ex., méthamphétamine, cocaïne, crack) | <input type="checkbox"/> Alcool |
| <input type="checkbox"/> Stimulants sur ordonnance (p. ex., amphétamines) | <input type="checkbox"/> Cannabis |
| <input type="checkbox"/> Sédatifs (p. ex., benzodiazépines, barbituriques) | <input type="checkbox"/> Produits du tabac |
| | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| | <input type="checkbox"/> Inconnu |
- 4.2.1 Toxidrome(s) exigeant une intervention médicale (cochez toutes les réponses applicables) :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Surdose d'opioïde | <input type="checkbox"/> Sevrage symptomatique |
| <input type="checkbox"/> Surdose de stimulant, toxicité de stimulant | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Surdose de sédatif | |
- 4.2.2 En autant que vous le sachiez, le patient a-t-il pris une(des) substance(s) dans une intention suicidaire établie?
 Oui Non Inconnu

4.2.3 Quelle était la voie indiquée d'exposition à la (aux) substance(s) (cochez toutes les réponses applicables) :

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingestion | <input type="checkbox"/> Injection intramusculaire | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Inhalation par le nez (p. ex., reniflement) | <input type="checkbox"/> Injection intraveineuse | |
| <input type="checkbox"/> Inhalation par la bouche (p. ex., fumer, vapoter) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ | |

4.3 Un dépistage des drogues a-t-il été effectué dans le sang ou l'urine? Oui Non Inconnu

4.3.1 Dans l'affirmative, précisez à quelles substances le dépistage a donné des résultats positifs :

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amphétamine | <input type="checkbox"/> Méthamphétamine | <input type="checkbox"/> Cocaïne | <input type="checkbox"/> Benzodiazépine |
| <input type="checkbox"/> Barbiturique | <input type="checkbox"/> MDMA | <input type="checkbox"/> Kétamine | <input type="checkbox"/> THC |
| <input type="checkbox"/> Hydromorphone | <input type="checkbox"/> Fentanyl | <input type="checkbox"/> Méthadone | <input type="checkbox"/> Morphine |
| <input type="checkbox"/> Oxycodone | <input type="checkbox"/> Tramadol | <input type="checkbox"/> Autre opioïde | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

4.4 Signes et symptômes cliniques exigeant une intervention pendant la rencontre (cochez toutes les réponses applicables) :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'état de conscience | <input type="checkbox"/> Dépression respiratoire | <input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Délirium | <input type="checkbox"/> Psychose liée aux drogues | <input type="checkbox"/> Arythmie |
| <input type="checkbox"/> Perturbations gastro-intestinales | <input type="checkbox"/> Tachycardie, palpitations | <input type="checkbox"/> Sevrage symptomatique |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Rhabdomyolyse | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

SECTION 5 – TRAITEMENT ET RÉSULTATS CLINIQUES

5.1 Lieu du traitement du patient (cochez toutes les réponses applicables) :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clinique ambulatoire | <input type="checkbox"/> Aile d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Unité d'hospitalisation psychiatrique |
| <input type="checkbox"/> Service d'urgence | <input type="checkbox"/> Soins intensifs, soins intensifs pédiatriques | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

5.1.1 Pendant combien de jours le patient a-t-il été hospitalisé?

_____ jour (s) Inconnu Toujours hospitalisé Non hospitalisé

5.1.2 Pendant combien de jours le patient a-t-il été en soins intensifs?

_____ jour(s) Inconnu Toujours en soins intensifs N'a pas été en soins intensifs

5.2 Traitement administré :

5.2.1 Stabilisation médicale (cochez toutes les réponses applicables) :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Administration de naloxone | <input type="checkbox"/> Médicament pour le trouble de l'usage des opiacés | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire | <input type="checkbox"/> Médicaments vasoactifs | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Administration de flumazénil | <input type="checkbox"/> Réanimation liquidienne | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

Médicament pour gérer le sevrage (p. ex., benzodiazépines, opioïdes, clonidine, antiémétiques)

5.2.1.1 Médicament pour le trouble de l'usage des opiacés entrepris pendant ce rendez-vous (sélectionnez UNE SEULE réponse)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Suboxone | <input type="radio"/> Méthadone | <input type="radio"/> Inconnu |
| <input type="radio"/> Morphine orale à libération lente | <input type="radio"/> Offert, mais décliné | <input type="radio"/> Autre, précisez : _____ |
| <input type="radio"/> Naltrexone | <input type="radio"/> Aucun | <input type="radio"/> Non applicable, prend déjà un tel médicament |

5.2.2 Interventions sociales ou psychologiques pendant l'hospitalisation ou la rencontre (cochez toutes les réponses applicables) :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Counseling sur l'utilisation de substances psychoactives | <input type="checkbox"/> Consultation en médecine d'adolescence | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Consultation en toxicomanie pendant l'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Éducation dirigée par une infirmière | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Consultation téléphonique en toxicomanie | <input type="checkbox"/> Enseignements et fournitures, sur la réduction des méfaits | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Consultation en psychiatrie | <input type="checkbox"/> Travail social ou soutien individuel pendant l'hospitalisation | |

5.3 Le patient a-t-il été transféré vers des services fermés axés sur la toxicomanie (p. ex., détoxification, cure fermée)? Oui Non Inconnu

- 5.4 Le patient a-t-il obtenu son congé assorti d'un rendez-vous confirmé auprès de services de suivi? Oui Non
 Inconnu
- 5.5 Situation clinique du patient à la fin de la rencontre ou du rendez-vous clinique (sélectionnez UNE SEULE réponse) :
- A obtenu son congé et s'est pleinement rétabli (sans complications médicales)
 - A obtenu son congé, mais continue d'éprouver des problèmes de santé, précisez : _____
 - Demeure hospitalisé
 - Décès, précisez-en la cause : _____
 - Inconnu

SECTION 6 – AUTRES RENSEIGNEMENTS

- 6.1 Êtes-vous prêt à ce que le Programme canadien de surveillance pédiatrique communique avec vous pour obtenir plus de renseignements au sujet de ce questionnaire? Oui No

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province ou territoire _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.