Effets indésirables graves associés aux approches complémentaires et parallèles en pédiatrie (ACPS)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent
Ottawa ON K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Téléc. : 613-526-3332
Courriel : pcsp@cps.ca
Site Web : www.cps.ca/pcsp

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION
(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport	
Mois de déclaration	
Province	
Date du jour	

Veuillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données sur le patient et le déclarant seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS POUR LES EFFETS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX APPROCHES COMPLÉMENTAIRES ET PARALLÈLES EN PÉDIATRIE

Déclarer tout patient de moins de 18 ans atteint d'un effet indésirable (EI) grave* direct ou indirect† associé à l'utilisation d'approches complémentaires et parallèles en santé (ACPS)§.

* Les EI graves sont ceux qui entraînent une hospitalisation, une invalidité permanente ou un décès. Classification des *National Institutes of Health*.

† Les EI indirects désignent des retards de diagnostic ou de traitement ou la prestation inadéquate d'ACPS pour soigner un trouble médical grave.

§ Les ACPS englobent diverses pratiques et produits, comme la chiropraxie, la massothérapie et les produits de santé naturels, qui ne sont pas considérés comme inclus dans la médecine classique. Les produits de santé naturels comprennent les vitamines et les minéraux, les plantes médicinales, les médicaments homéopathiques, la médecine traditionnelle, les probiotiques et d'autres produits comme les acides aminés et les acides gras essentiels.

Mois de la première consultation _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : _____ /_____ /_____ (JJ MM AAAA) 1.2 Sexe : ___ Masculin ___ Féminin

1.3 Taille : _____ pouces ou _____ cm 1.4 Poids : _____ livres ou _____ kg

1.5 Ethnie (cochez toutes les réponses applicables) :

___ Autochtone – si vous le savez : ___ Première nations ___ Innu ___ Inuit ___ Métis

___ Asiatique – si vous le savez : ___ Chinois ___ Japonais ___ Philippin ___ Vietnamien ___ Indien

___ Noire ___ Caucasien ___ Latino-américain ___ Moyen-oriental

___ Mixte (précisez) _____ ___ Inconnu

___ Autre (précisez) _____

1.6 Province ou territoire où l'effet indésirable (EI) s'est produit : _____

SECTION 2 – APPROCHE COMPLÉMENTAIRE ET PARALLÈLE

2.1 Type d'ACP utilisée (cochez toutes les réponses applicables) :

___ Acupuncture ___ Chiropraxie ___ Homéopathie ___ Massothérapie

___ Moxibustion (application d'herbes chaudes sur des points d'acupuncture)

___ Produit(s) de santé naturel(s), précisez _____

___ Naturopathie ___ Médecine traditionnelle chinoise (MTC) ___ Herbes de la MTC

___ Autre MTC _____

___ Ostéopathie ___ Inconnu ___ Autre : _____

2.2 Qui a entrepris l'ACP?

___ Patient ou famille ___ Dispensateur d'ACP ___ MD ___ Inconnu

___ Autre (précisez) _____

2.3 Mode d'utilisation de l'ACP, s'il y a lieu ou si vous le connaissez :

ACP	**Durée**	**Fréquence**	**Voie**	**Période**
p. ex., ostéopathie	½ heure	Une fois par semaine	s.o.	6 semaines

2.4 Problème, maladie ou symptôme pour lequel l'ACP a été utilisée : _____

2.5 Date d'apparition des symptômes : ____ /_____ /_____
JJ MM AAAA

2.6 Date du dernier traitement par ACP avant l'EI : ____ /_____ /_____
JJ MM AAAA

SECTION 3 – EFFET INDÉSIRABLE

3.1 Description de l'EI (précisez les caractéristiques cliniques, les modifications biochimiques importantes et les autres anomalies, le délai d'apparition après l'administration) :

_____

_____

_____

_____

3.2 La réaction a-t-elle pris fin après l'arrêt de l'ACP? ___ Oui ___ Non ___ Inconnu

3.2.1 L'ACP a-t-elle été maintenue? ___ Oui ___Non ___ Inconnu ___ Non applicable

Dans l'affirmative, précisez : ___ Parce que l'EI n'a pas été constaté

___ Parce que l'ACP était perçue comme faisant partie du traitement de l'EI

___ Autre, précisez : _____

3.2.2 L'ACP a-t-elle été reprise? ___ Oui ___ Non ___ Inconnu

Dans l'affirmative, précisez :

L'EI s'est-il manifesté de nouveau? ___ Oui ___ Non ___ Inconnu

Combien de temps après la reprise de l'ACP? ___ jours ___ semaines ___ mois

3.3 L'ACP a-t-elle entraîné un délai de diagnostic ou de traitement? ___ Oui ___ Non ___ Inconnu

Dans l'affirmative, précisez lequel :

___ Délai de diagnostic (précisez) _____

___ Délai de traitement (précisez) _____

3.4 **Médicaments concomitants** pris, s'il y a lieu ou si vous le savez (y compris les médicaments classiques et les médicaments en vente libre jusqu'à trois mois avant l'EI) :

Nom	**Dose**	**Fréquence**	**Voie**	**Dates du traitement** JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA

Si vous ne le savez pas, précisez la durée : _____ jours

3.5 **Produits de santé naturels**

3.5.1 Marque de commerce (précisez le nom du fabricant, si vous le savez) _____

Nom	**Dose**	**Fréquence**	**Voie**	**Dates du traitement** JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA

Si vous ne le savez pas, précisez la durée : _____ jours

3.5.2 Indication pour l'utilisation d'un produit de santé naturel : _____

3.6 **Manipulation de la colonne vertébrale**

3.6.1 Qui a effectué la manipulation de la colonne vertébrale?

___ Médecin ___Ostéopathe ___ Chiropraticien ___ Massothérapeute

___ Physiothérapeute ___ Naturopathe ___ Inconnu

___ Autre (précisez) _____

SECTION 4 – TESTS OU EXPLORATIONS DE LABORATOIRE (POUR DOCUMENTER LA NATURE DES EI)

4.1 Tests ou données de laboratoire pertinents, y compris les dates JJ MM AAAA

___ Analyses sanguines (précisez) _____ ____ /_____ /_____

___ Explorations radiographiques (précisez) _____ ____ /_____ /_____

___ Autre (précisez) _____ ____ /_____ /_____

SECTION 5 – TRAITEMENT ET ISSUES

5.1 Quel traitement a été administré contre l'EI? ___ Soins classiques ___ ACP

Décrivez le traitement administré après l'EI : _____

___ Hospitalisation : durée totale _____ jours ___ soins intensifs : durée _____ jours

5.2 Énumérez les issues attribuées à l'EI (cochez toutes les réponses applicables) :

___ Grave (incapacitantes, exigeant une intervention thérapeutique)

___ Mettant la vie en danger

___ Fatale (précisez la cause du décès) _____

___ Enfant toujours hospitalisé

___ Enfant ayant obtenu son congé à la maison

___ Incapacité permanente (précisez le type d'invalidité) _____

___ Exigeant une intervention pour prévenir des dommages ou une anomalie permanente (précisez)

_____

___ Exigeant un traitement à long terme (précisez) _____

___ Inconnu

SECTION 6 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

6.1 Avez-vous déjà déclaré ce cas? ___ Oui ___ Non

Dans l'affirmative, à qui (cochez toutes les réponses applicables) :

___ Santé Canada ___ Fabricant ou industrie ___ Autre _____

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

___ **J'accepte que l'équipe de recherche communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

___ **Je préfère que l'équipe de recherche ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(ACPS 2009-01)