

# Intoxication alcoolique sévère à l'adolescence (IAS)

## 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 la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport \_\_\_\_\_

Mois de déclaration \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Date du jour \_\_\_\_\_

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.  
Les données seront traitées confidentiellement.**

### DÉFINITION DE CAS POUR L'INTOXICATION ALCOOLIQUE SÉVÈRE À L'ADOLESCENCE

Déclarer tout adolescent qui respecte les critères suivants :

- Il a entre 11 et 15 ans inclusivement.
- Il a un taux d'alcoolémie > 0 g/L (s'il est vérifié).
- Il présente une intoxication sévère accompagnée d'une altération du niveau de conscience exigeant une observation prolongée à l'urgence (≥ 6 heures) ou une hospitalisation.

Mois de la première consultation : \_\_\_\_\_

### SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

- 1.1 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      1.2 Sexe : Masculin \_\_\_ Féminin \_\_\_ Inconnu \_\_\_  
                                                JJ    MM    AAAA
- 1.3 Lieu de résidence (province ou territoire) : \_\_\_\_\_
- 1.4 Trois premiers caractères seulement du code postal à domicile : \_\_\_\_ \_ \_
- 1.5 Ethnie (cochez toutes les réponses applicables) : Autochtone \_\_\_ Asiatique \_\_\_ Noire \_\_\_ Blanche \_\_\_  
Latino-américaine \_\_\_ Moyen-orientale \_\_\_ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
Inconnu \_\_\_
- 1.6 Avec qui l'enfant habite-t-il? (cochez toutes les réponses applicables)  
Les deux parents biologiques \_\_\_ Un parent biologique \_\_\_ Beau-parent \_\_\_ Famille d'accueil \_\_\_  
Foyer collectif \_\_\_ Seul \_\_\_ Pas d'adresse fixe \_\_\_ Autre, précisez : \_\_\_\_\_ Inconnu \_\_\_
- 1.7 Degré scolaire inscrit : \_\_\_\_\_ Inconnu \_\_\_

### SECTION 2 – PRÉSENTATION CLINIQUE

- 2.1 Date de présentation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Heure de présentation : \_\_\_\_ h \_\_\_\_  
                                                JJ    MM    AAAA
- 2.2 Raison de la visite à l'hôpital (cochez toutes les réponses applicables) :  
Diminution du niveau de conscience \_\_\_ Agressivité ou violence \_\_\_ Tentative de suicide \_\_\_  
Agression sexuelle \_\_\_ Accident d'automobile \_\_\_ Autre accident, précisez : \_\_\_\_\_  
Autre raison, précisez : \_\_\_\_\_
- 2.3 Taux d'alcoolémie : \_\_\_\_\_ g/L (s'il est vérifié)
- 2.4 Source d'alcool : Maison \_\_\_ Amis \_\_\_ Magasin \_\_\_ Événement ou bar \_\_\_  
Autre, précisez : \_\_\_\_\_ Inconnu \_\_\_
- 2.5 Type d'alcool consommé dans le cadre de **cette** présentation :  
Bière \_\_\_ Vin \_\_\_ Spiritueux \_\_\_ Panaché (*cooler*) \_\_\_ Mélange personnel \_\_\_  
Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- 2.6 Lieu de la consommation d'alcool dans le cadre de **cette** présentation :  
Maison des parents \_\_\_ Maison de quelqu'un d'autre \_\_\_ Fête \_\_\_ École \_\_\_  
Vacances (p. ex., camping) \_\_\_ Lieu de rencontre commercial \_\_\_  
Autre, précisez : \_\_\_\_\_ Inconnu \_\_\_

**SECTION 2 – PRÉSENTATION CLINIQUE (suite)**

3.7 Autres drogues également consommées :

Aucune\_\_\_ Cannabis\_\_\_ Cocaïne\_\_\_ Amphétamines ou *speed*\_\_\_ Champignons\_\_\_ Ecstasy\_\_\_

Boisson énergisante\_\_\_ Médicaments sur ordonnance (p. ex., opiacés)\_\_\_ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Inconnu\_\_\_

**SECTION 3 – ÉVOLUTION À L'HÔPITAL**

3.1 Durée en observation : \_\_\_heure(s) ou \_\_\_jours

En cas d'hospitalisation, précisez la durée d'hospitalisation ou de séjour à l'USI : \_\_\_heure(s) ou \_\_\_jours

3.2 Examens :

**Oui Non Normal Anormal**

**Résultats**

Toxicologie de l'urine

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_

Dépistage de drogue dans le sérum

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_

ECG

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_

Gaz sanguin

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_

Imagerie du SNC : \_\_\_\_\_

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_

3.3 Médicaments prescrits : \_\_\_\_\_

3.4 Le patient a-t-il eu besoin d'assistance respiratoire mécanique? Oui\_\_\_ Non\_\_\_

Dans l'affirmative, précisez (p. ex., intubation, PPC, autre) : \_\_\_\_\_

3.5 Un suivi a-t-il été assuré? Oui\_\_\_ Non\_\_\_

Dans l'affirmative, précisez (p. ex., psychiatrie, travail social) : \_\_\_\_\_

**SECTION 4 – ANTÉCÉDENTS**

4.1 Par le passé, le patient a-t-il déjà été soigné par un(e) (cochez toutes les réponses applicables) :

médecin de famille\_\_\_ pédiatre\_\_\_ psychologue\_\_\_ psychiatre\_\_\_

4.2 Visites antérieures à l'urgence pour des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogue?

Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

4.3 Comorbidités connues (médicales ou psychiatriques) : \_\_\_\_\_

4.4 Consommation antérieure d'alcool ou de drogue (cochez toutes les réponses applicables) :

Aucune\_\_\_ Alcool\_\_\_ Cannabis\_\_\_ Cocaïne\_\_\_ Amphétamines ou *speed*\_\_\_

Champignons\_\_\_ Ecstasy\_\_\_ Médicaments sur ordonnance, précisez : \_\_\_\_\_

Autre, précisez : \_\_\_\_\_ Inconnu\_\_\_

4.5 Le patient fume-t-il? Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

Dans l'affirmative, précisez le nombre de cigarettes par jour : \_\_\_\_\_

4.6 Le patient prend-il des médicaments? Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

Dans l'affirmative, précisez les médicaments : \_\_\_\_\_

4.7 Âge de première consommation d'alcool : \_\_\_\_\_ ans Inconnu\_\_\_

4.8 Consommation d'alcool ces derniers mois : \_\_\_\_\_ par semaine Inconnu\_\_\_

4.9 Lieu habituel de consommation d'alcool :

Maison des parents\_\_\_ Maison de quelqu'un d'autre\_\_\_ Fête\_\_\_ École\_\_\_

Vacances (p. ex., camping)\_\_\_ Lieu de rencontre commercial\_\_\_

Autre, précisez : \_\_\_\_\_ Inconnu\_\_\_

\_\_\_ **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.**

**SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

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

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

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