



**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.**