

DT9228

ÉVALUATION INITIALE DE L'USAGER INTOXIQUÉ

Date et heure de l'évaluation	Année	Mois	Jour	Heure
	_____	_____	_____	_____ :

Usager			
<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	Âge	Poids
		_____ ans	_____ kg

Centre antipoison du Québec
Téléphone : 1 800 463-5060

Données sur l'usager

Antécédents pertinents

Habitudes de vie	<input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/> Alcool	Quantité _____ /jour	Drogues :

Médication usuelle			

Circonstances de l'intoxication :

Geste suicidaire
 Usage récréatif
 Exposition professionnelle
 Exposition accidentelle/environnementale
 Exposition iatrogénique
 Autre, préciser : _____

Détails complémentaires à l'histoire

O₂ 100 % pendant le transport vers l'établissement : Oui Non

Évaluation du risque

Heure approximative de l'intoxication :	Précisez la date si différente :	Durée de l'exposition :
--	-------------------------------------	----------------------------

Substance(s) impliquée(s) et dose(s) : Inconnue(s) Éthanol Quantité : _____ Concentration : _____

N.B. : Si la quantité exacte est inconnue, considérer le pire scénario. De plus, selon la nature de l'exposition, il peut être important de préciser la durée de l'exposition (inhalation ou contact cutané par exemple).

Médication/produits naturels/autre toxique (exemple : CO, ammoniac, etc.)

Nom	Voie PO/IV/IM/IN/ SC/Cutané/Inh	Concentration (dose des comp. ou dose par ml)	Nombre maximum (de co ou ml)	Quantité maximum (en mg)	Dose en mg/kg (selon le poids de l'usager)

ÉTAT CLINIQUE

Signes vitaux complets			
FC : _____ /min	Rythme cardiaque : _____	FR : _____ /min	Tension artérielle : _____ / _____ mmHg
SpO ₂ : _____ %	O ₂ administré : _____	Température : _____ °C (rectale/buccale)	Glycémie capillaire : _____ mmol/l

Problèmes rencontrés dans l'ABCDE et interventions urgentes réalisées			
Paramètre	Normal	Précisions et détails sur les interventions	
A (Airway) Voies respiratoires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Intubation (tube n° : _____ Profondeur de l'intubation : _____ cm) Antidote : Heure Nom Dosage Voie	
B (Breathing) Respiration	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oxygène administré, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Ventilation à l'ambu Intubation (tube n° : _____ Profondeur de l'intubation : _____ cm) Antidote : Heure Nom Dosage Voie	
C (Circulation)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Réplétion volémique nécessaire Heure Nom Dosage Voie <input type="checkbox"/> Administration de vasopresseurs/inotropes Heure Nom Dosage Voie Antidote : Heure Nom Dosage Voie	
D (Disability) Désordres neurologiques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Agitation importante à l'arrivée <input type="checkbox"/> Contentions physiques <input type="checkbox"/> Contention chimique (sédation) Heure Nom Dosage Voie <input type="checkbox"/> Convulsion(s) traitée(s) Heure Nom Dosage Voie <input type="checkbox"/> Hypoglycémie(s) traitée(s) Heure Nom Dosage Voie Antidote : Heure Nom Dosage Voie	

État de conscience (échelle de Glasgow) – SVP encerclez Intubé(e) GCS = _____

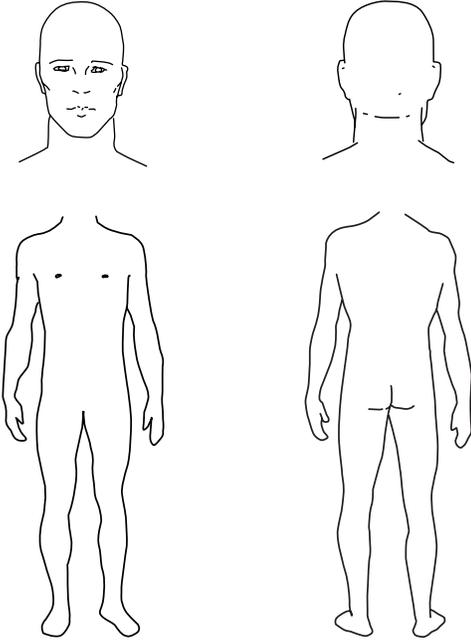
Adulte				Pédiatrie							
Ouverture des yeux		Réponse verbale		Réponse motrice		Ouverture des yeux		Réponse verbale		Réponse motrice	
4	Spontanée	5	Orienté	6	Obéit	4	Spontanée	5	Sourit, orienté aux sons, suit objets	6	Mouvements normaux spontanés
3	À la parole	4	Confus	5	Localise la douleur	3	À la parole/ stimuli	4	Pleurs consolables, suit objets	5	Retire au toucher
2	À la douleur	3	Mots inappropriés	4	Retire à la douleur	2	À la douleur	3	+/- consolable, grogne	4	Retire à la douleur
1	Aucune réponse	2	Incompréhensible	3	Décortication	1	Aucune réponse	2	Inconsolable, agité	3	Flexion anormale
		1	Aucune réponse	2	Décérébration			1	Aucune réponse	2	Ext. spontanée ou à la douleur
				1	Aucune réponse					1	Flasque

Examen des pupilles : Oeil droit : _____ mm Oeil gauche : _____ mm

E (Exposure) Exposition	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Décontamination externe, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Décontamination interne Heure Nom Dosage Voie <input type="checkbox"/> Contrôle de l'hyperthermie, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Contrôle de l'hypothermie, préciser : _____	
-----------------------------------	---	---	--

Signature du médecin responsable	N° de pratique
----------------------------------	----------------

ÉTAT CLINIQUE

Toxidrome (voir tableau au verso)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____																											
Symptômes et signes																												
Si anormal, détailler dans l'espace correspondant ou l'inscrire sur le schéma. Si brûlures, autres traumatismes ou lésions, veuillez l'inscrire sur le schéma.																												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Normal</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Anormal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>État général/comportement</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Neurologique</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cardiovasculaire</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pulmonaire</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gastro-intestinal</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Génito-urinaire</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Musculo-squelettique/(Signes externes de traumatisme)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Peau et muqueuses</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Normal	Anormal	État général/comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastro-intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Génito-urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculo-squelettique/(Signes externes de traumatisme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peau et muqueuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Normal	Anormal																										
État général/comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Gastro-intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Génito-urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Musculo-squelettique/(Signes externes de traumatisme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Peau et muqueuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Examen mental																												
– Collaboration à l'évaluation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – Apparence/hygiène : <input type="checkbox"/> Soignée <input type="checkbox"/> Négligée – Activité psychomotrice : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ralentie <input type="checkbox"/> Augmentée – Agitation nécessitant des contentions : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (physiques) <input type="checkbox"/> Oui (chimiques) – Humeur (subjectif) : <input type="checkbox"/> Euthymique <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Anxieuse <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Euphorique <input type="checkbox"/> Ne peut l'exprimer – Affect (objectif) : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Émoussé <input type="checkbox"/> Labile – Pensée : <input type="checkbox"/> Préoccupations anxieuses <input type="checkbox"/> Préoccupations dépressives <input type="checkbox"/> Idées délirantes <input type="checkbox"/> Idées grandioses <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Idées suicidaires <input type="checkbox"/> Auto-mutilation <input type="checkbox"/> Idées hétéroagressives – Perceptions : <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Illusions <input type="checkbox"/> Hallucinations visuelles <input type="checkbox"/> Hallucinations auditives <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ – Score obtenu au MMSE/Folstein : ____ / ____ – Autocritique : <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Faible/nulle – Jugement : <input type="checkbox"/> Adéquat <input type="checkbox"/> Altéré – Autres observations : _____																												
Techniques effectuées																												
<input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Voie centrale <input type="checkbox"/> Canule artérielle <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____																												
Impressions diagnostiques	Plan																											
Signes de toxicité lors de l'évaluation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non État hémodynamique actuel : <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Instable Préciser les impressions diagnostiques : _____ _____ _____ _____ Opinion du CAPQ sollicitée (1 800 463-5060)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, recommandations du CAPQ :	Consultant demandé, préciser : _____ _____ _____ _____ _____ Si exposition professionnelle ou accidentelle/environnementale, situation signalée à la Direction de la santé publique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																											
Signature du médecin responsable	N° de pratique																											