

Installation : _____

CENTRE ANTIPOISON DU QUÉBEC (CAPQ)
1-800-463-5060

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Âge : _____ ans Poids : _____ kg Taille : _____ cm Glycémie capillaire : _____

Données pertinentes à recueillir avant l'appel :

☐ Signes vitaux complets ☐ ECG ☐ Glasgow/pupilles ☐ Péristaltisme ☐ Fiche signalétique

Médication de l'utilisateur : ☐ Oui ☐ Non

Intoxication : ☐ Accidentelle ☐ Volontaire

Antécédents pertinents : ☐ Oui ☐ Non

Alcool : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Drogue : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Date et heure de l'appel au CAPQ : _____ AAAA-MM-JJ HH:MM Intervenant CAPQ : _____

	SUBSTANCE 1	SUBSTANCE 2
HEURE D'INGESTION	HH : MM	HH : MM
SUBSTANCE EN CAUSE		
DOSAGE		
VOIE D'INGESTION		
QUANTITÉ INGÉRÉE		
SEUIL TOXIQUE		
DURÉE D'ACTION		
EFFETS INDÉSIRABLES ANTICIPÉS		
EXAMENS DIAGNOSTIQUES ET INTERVALLES SUGGÉRÉS PAR LE CAPQ		
ANTIDOTE ET TRAITEMENTS SUGGÉRÉS PAR LE CAPQ		
SURVEILLANCE SUGGÉRÉE PAR LE CAPQ		

Nom du médecin avisé : _____ Date et heure : _____ AAAA-MM-JJ HH:MM

Signature de l'infirmière : _____ Date et heure : _____ AAAA-MM-JJ HH:MM

Rapport donné à : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

SUIVI DU CAPQ

Date et heure : AAAA-MM-JJ HH:MM Intervenant CAPQ : _____

RECOMMANDATIONS DU CAPQ

SUBSTANCE 1

SUBSTANCE 2

Nom du médecin avisé : _____ Date et heure : AAAA-MM-JJ HH:MM

Signature de l'infirmière : _____ Date et heure : AAAA-MM-JJ HH:MM

SUIVI DU CAPQ

Date et heure : AAAA-MM-JJ HH:MM Intervenant CAPQ : _____

RECOMMANDATIONS DU CAPQ

SUBSTANCE 1

SUBSTANCE 2

Nom du médecin avisé : _____ Date et heure : AAAA-MM-JJ HH:MM

Signature de l'infirmière : _____ Date et heure : AAAA-MM-JJ HH:MM