Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60835

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ (aaaa/mm/jj) ☐ F ☐ M

NAM : _____ Exp. _____ (aaaa/mm)

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

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

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

RENSEIGNEMENT SUR L'APPEL INITIAL

Date et heure: aaaa/mm/jj hh:mm

Substances en cause nécessitant un suivi : _____

Raison du suivi requis : _____

DONNÉES PERTINENTES À RECUEILLIR AVANT L'APPEL DE SUIVI

État général : ☐ Stable ☐ Instable : ☐ Altération de l'état de conscience ☐ Instabilité hémodynamique
☐ Voies respiratoires non protégées ☐ Glycémie capillaire : _____ mmol/L

☐ **Signes vitaux complets** : TA : _____ FC : _____ FR : _____ SpO_2 : _____ FiO_2 : _____ T° : _____ ☐ **ECG** QRS : _____

☐ **Glasgow** : _____ /15 ☐ **Pupilles** : _____ ☐ **Péristaltisme :** _____ QTc : _____

Signes cliniques/Toxidrôme	
Résultats d'examens diagnostiques pertinents	
Traitements reçus	

RECOMMANDATIONS DU CAPQ

Examens diagnostiques / Surveillances suggérées	
Antidotes / Traitements suggérées	

☐ Suivi nécessaire : _____ ☐ Suivi terminé ☐ Suggestions acceptées par MD ☐ Suggestions refusées par MD

Intervenant CAPQ : _____ Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm

Signature du médecin : _____ Numéro de permis : _____
Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm

Signature de l'infirmière : _____ Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm

Nom, prénom : #Dossier :

DONNÉES PERTINENTES À RECUEILLIR AVANT L'APPEL DE SUIVI	
État général : ☐ Stable ☐ Instable : ☐ Altération de l'état de conscience ☐ Instabilité hémodynamique ☐ Voies respiratoires non protégées ☐ Glycémie capillaire : _____ mmol/L ☐ **Signes vitaux complets** : TA : _____ FC : _____ FR : _____ SpO_2 : _____ FiO_2 : _____ T° : _____ ☐ **ECG** QRS : _____ ☐ **Glasgow** : _____ /15 ☐ **Pupilles** : _____ ☐ **Péristaltisme :** _____ QTc : _____	
Signes cliniques/Toxidrôme	
Résultats d'examens diagnostiques pertinents	
Traitements reçus	

RECOMMANDATIONS DU CAPQ	
Examens diagnostiques / Surveillances suggérées	
Antidotes / Traitements suggérées	
☐ Suivi nécessaire : _____ ☐ Suivi terminé ☐Suggestions acceptées par MD ☐ Suggestions refusées par MD	
Intervenant CAPQ : _____ Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm	

Signature du médecin : _____ Numéro de permis : _____
Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm

Signature de l'infirmière : _____ Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm

DONNÉES PERTINENTES À RECUEILLIR AVANT L'APPEL DE SUIVI	
État général : ☐ Stable ☐ Instable : ☐ Altération de l'état de conscience ☐ Instabilité hémodynamique ☐ Voies respiratoires non protégées ☐ Glycémie capillaire : _____ mmol/L ☐ **Signes vitaux complets** : TA : _____ FC : _____ FR : _____ SpO_2 : _____ FiO_2 : _____ T° : _____ ☐ **ECG** QRS : _____ ☐ **Glasgow** : _____ /15 ☐ **Pupilles** : _____ ☐ **Péristaltisme :** _____ QTc : _____	
Signes cliniques/Toxidrôme	
Résultats d'examens diagnostiques pertinents	
Traitements reçus	

RECOMMANDATIONS DU CAPQ	
Examens diagnostiques / Surveillances suggérées	
Antidotes / Traitements suggérées	
☐ Suivi nécessaire : _____ ☐ Suivi terminé ☐Suggestions acceptées par MD ☐ Suggestions refusées par MD	
Intervenant CAPQ : _____ Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm	

Signature du médecin : _____ Numéro de permis : _____
Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm

Signature de l'infirmière : _____ Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm