

Transmettre à la Direction de santé publique de Lanaudière par télécopieur confidentiel au 450 759-3742 ou via le courriel maladies.infectieuses.cissslan@ssss.gouv.qc.ca. Pour signaler une menace à la santé d'un groupe de personnes dans un milieu de vie ciblé pendant une vague de chaleur extrême (ex. : CHSLD, ressource d'hébergement) ou tout autre milieu (ex. : école, garderie, milieu de travail, etc.), vous pouvez contacter l'équipe de santé environnementale au 1-855-759-6660, option 1 ou, en dehors des heures ouvrables, demander à joindre le médecin de garde en santé publique à la téléphoniste au 450 759-8222, option 0.

Signalement d'un décès ou d'un coup de chaleur en lien avec une vague de chaleur

Professionnels de la santé

Date du signalement :

Identification de l'intervenant

Nom :

Prénom :

Organisation :

Téléphone :

Identification de la personne concernée

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

La personne concernée a été avisée que la Direction de santé publique allait la contacter.

Oui

Non

La personne concernée peut répondre aux questions de la Direction de santé publique.

Oui

Non

Identification de la personne répondante (si différente de la personne concernée)

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne concernée :

Téléphone :

La personne identifiée comme répondante a été avisée que la Direction de santé publique allait la contacter.

Oui

Non

Événement signalé

Décès

Coup de chaleur

Autres symptômes

Date et heure probables du décès ou de l'événement :

(HH:MM)

Adresse du lieu du décès ou de l'événement :

Type du lieu

Précisions (ex. : à l'intérieur, dans la cour, etc.)

Domicile

Milieu de travail

Lieu public

Centre de la petite enfance (garderie)

Autre

Témoin sur le lieu :

Nom :

Téléphone :

Lien du témoin avec la personne concernée :

Famille/proche

Professionnel de la santé

Services d'urgence (policier, pompier, intervenant paramédical)

Autres (à préciser) :

Présence d'autres personnes exposées aux mêmes conditions que la personne concernée :

Oui

Non

Si oui, précisez :

Transport ambulancier

Oui

Non (passer à la section suivante)

Numéro du rapport d'intervention préhospitalière :

Nom de l'entreprise paramédicale :

Destination (nom de l'hôpital, si connu) :

Code d'intervention paramédicale, si connu :

20 - Exposition à la chaleur/au froid

9 - Arrêts cardiorespiratoires/décès

Domicile de la personne concernée

Adresse

Résidence privée pour aînés (RPA)
Soins de longue durée (CHSLD)
Résidence intermédiaire (RI)
Résidence type familiale (RTF)
Logement partagé (chambre)*
Logement individuel (maison)*
Logement multiple (bloc appartement,
OMH, condo, etc.)*
Autre

**(spécifier le nombre de logements, étages et celui où se trouve le domicile)*

Paramètres environnementaux du lieu de décès ou de l'événement

Température ambiante (en °C), si disponible) :

Appréciation qualitative de la chaleur ambiante (ex. : très chaud) :

Présence de climatisation sur le lieu : Oui Non

Si oui, préciser le nombre d'heures à l'air conditionné au cours des dernières 24 heures :

Cause(s) probable(s) et éléments contributifs au décès (à remplir par le médecin ou autre professionnel de la santé)

Coup de chaleur

Troubles respiratoires :

MPOC Asthme Autres (à préciser) :

Troubles cardiaques :

Infarctus du myocarde Insuffisance cardiaque Autres (à préciser) :

Intoxication :

Alcool Drogue(s) (à préciser) : Autres (à préciser) :

Présence de facteurs de risque :

Condition neurologique (AVC, Parkinson, démence)

Problèmes de santé mentale (ex. : schizophrénie, dépression, etc.)

Autres (à préciser) :

Température (en °C) : Buccale Rectale Autre (à préciser) :

Date : Heure (si connue) :

(HH:MM)

Commentaires additionnels

Signature :

Date :