

Numéro de dossier

Prénom

Taille

 cm

Date de l'évaluation

aaaa - mm - jj

Nom de famille

Poids

 kg

Heure

Cadre de passation

- Entrevue  
 Téléphone

Date de naissance

aaaa - mm - jj

Âge

Sexe

- Homme  
 Femme

Nom, prénom du clinicien

Réévaluation dans un  
délai de moins d'une semaine

Code du  
clinicien

Date de l'évaluation précédente  
(si moins d'une semaine)

aaaa - mm - jj

Signature du clinicien

## INFORMATIONS GÉNÉRALES / SANTÉ PHYSIQUE

La personne présente-t-elle la ou les conditions physiques suivantes, telles que diagnostiquées par un médecin? Remplir toutes les informations relatives à la condition médicale de l'usager. Lorsque l'évaluation est réalisée dans un organisme communautaire, cochez uniquement s'il y a présence ou non des conditions médicales suivantes.

Grossesse

Nombre de semaines?

Dernier examen médical?

aaaa - mm - jj

Êtes-vous suivie par un médecin?

- Oui  Non

Prenez-vous un médicament?

 mg

Nbre  
par jour PRN

Oral

Injecté

Rectal

Autres

Prescrit  
Oui Non

Respecte  
la posologie  
Oui Non

Autres commentaires (ex.: date prochain rdv, nombre de grossesses antérieures, interruption volontaire de grossesse, etc.)

Troubles cardiaques (incluant hypertension, baisse de tension, angine)

Date de la dernière crise?

Dernier examen médical?

(dernières manifestations)

aaaa - mm - jj

aaaa - mm - jj

Êtes-vous suivi par un médecin?

- Oui  Non

Prenez-vous des médicaments?

 mg

Nbre  
par jour PRN

Oral

Injecté

Rectal

Autres

Prescrit  
Oui Non

Respecte  
la posologie  
Oui Non

 mg

- Oui  Non

Êtes-vous en attente de chirurgie?

- Oui  Non

Autres commentaires (ex.: date prochain rdv, antécédents familiaux, etc.)

# INFORMATIONS GÉNÉRALES / SANTÉ PHYSIQUE

## Épilepsie

Date de la dernière crise?   
aaaa - mm - jj

Dernier examen médical?   
aaaa - mm - jj

Êtes-vous suivi par un médecin?  Oui  Non

Prenez-vous des médicaments?		Nbre par jour	PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie	
<input type="text"/>	<input type="text"/> mg							Oui	Non	Oui	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>								

Date du dernier contrôle sanguin?

Autres commentaires (ex.: date prochain rdv, etc.)

## Troubles hépatiques (ex.: cirroses, jaunisse, hépatites A, B, C, problèmes de foie, œdème)

Date de la dernière crise?   
aaaa - mm - jj

Dernier examen médical?   
aaaa - mm - jj

Êtes-vous suivi par un médecin?  Oui  Non

Prenez-vous des médicaments?		Nbre par jour	PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie	
<input type="text"/>	<input type="text"/> mg							Oui	Non	Oui	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>								

Autres commentaires (ex.: date prochain rdv, etc.)

## Diabète

Date de la dernière crise?   
aaaa - mm - jj

Dernier examen médical?   
aaaa - mm - jj

Êtes-vous suivi par un médecin?  Oui  Non

Prenez-vous des médicaments?		Nbre par jour	PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie	
<input type="text"/>	<input type="text"/> mg							Oui	Non	Oui	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>								

Est-ce que le diabète est stable (insuline)?  Oui  Non

Avez-vous une diète particulière?  Oui  Non

Date du dernier contrôle sanguin?   
aaaa - mm - jj

Heure de la dernière glycémie   
heure : min

Résultat

Autres commentaires (ex.: date prochain rdv, variation des glycémies, etc.)

## INFORMATIONS GÉNÉRALES / SANTÉ PHYSIQUE

### Histoire récente (1 mois) de trauma crânien avec perte de conscience (ex.: fracture de crâne)

Date?   
aaaa - mm - jj

Dernier examen médical?   
aaaa - mm - jj

Êtes-vous suivi par un médecin?  Oui  Non

Prenez-vous des médicaments?

	mg	Nbre par jour	PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie	
								Oui	Non	Oui	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>								

Autres commentaires (ex.: date prochain rdv, etc.)

### Troubles gastro-intestinaux (pancréatite, gastrite, hémorragie, diarrhée, constipation)

Date de la dernière crise?   
aaaa - mm - jj

Dernier examen médical?   
aaaa - mm - jj

Êtes-vous suivi par un médecin?  Oui  Non

Prenez-vous des médicaments?

	mg	Nbre par jour	PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie	
								Oui	Non	Oui	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>								

Combien de repas prenez-vous par jour?

- Un bon repas par jour pendant au moins 5 jours sur 7
- Au moins 2 bons repas par jour, 4 jours sur 7
- Environ 3 bons repas par jour, 5 jours sur 7 (ou plus)
- Autre - Spécifiez:
- NSP / Refus

Combien d'heures se sont écoulées depuis le dernier repas que vous avez pris?  heures

Suivez-vous une diète?  Oui  Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s)?

Autres commentaires (ex.: date prochain rdv, perte de poids importante au cours de la dernière année, etc.)

## INFORMATIONS GÉNÉRALES / SANTÉ PHYSIQUE

### Troubles respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphysème, infections, toux)

Oui Non  
 Avez-vous de la toux?    
 Si oui, caractéristiques de l'expectoration?

Date de la dernière crise?   
aaaa - mm - jj

Dernier examen médical?   
aaaa - mm - jj

Oui Non  
 Êtes-vous suivi par un médecin?

Prenez-vous des médicaments?

	mg	Nbre par jour	PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie	
								Oui	Non	Oui	Non
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>								
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>								

Oui Non  
 Fumez-vous (cigarettes)?   Si oui, combien de cigarettes par jour?  cigarettes

Autres commentaires (ex.: date prochain rdv, etc.)

### Allergie (médicaments, alimentaires, autres)

Type (à quoi?):

Dernier examen médical?   
aaaa - mm - jj

Types de réactions allergiques

Oui Non  
 Êtes-vous suivi par un médecin?

Prenez-vous des médicaments?

	mg	Nbre par jour	PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie	
								Oui	Non	Oui	Non
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>								

Autres commentaires (ex.: date prochain rdv, etc.)

### Autres (ex.: ITSS, VIH, inflammations, infections, état des sites d'injection et toutes autres blessures, troubles liés à la mobilité), spécifiez:

Type

Dernier examen médical?   
aaaa - mm - jj

Oui Non  
 Êtes-vous suivi par un médecin?

Prenez-vous des médicaments?

	mg	Nbre par jour	PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie	
								Oui	Non	Oui	Non
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>								

Autres commentaires (ex.: date prochain rdv, etc.)

# INFORMATIONS GÉNÉRALES / SANTÉ PHYSIQUE

Noter tous les autres médicaments prescrits à l'usager, qu'il respecte la posologie ou non

L'usager ne connaît pas sa médication

Médicament	mg	Nbre par jour	PRN	Respecte la posologie				Problème de santé pour lequel le médicament est prescrit
				Oral	Injecté	Rectal	Autres	
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					

Avez-vous un médecin de famille?

- oui  
 non  
 NSP/refus

Si oui, prénom et nom:

Clinique:

Téléphone:

Ville:

Est-ce que le dossier médical ou le résumé des notes a été demandé au médecin?

- oui  
 non  
 NSP/refus

Si oui, à qui ?

Date de la demande du dossier?

aaaa - mm - jj

Avec quelle(s) pharmacie(s) faites-vous affaire?

		Téléphone	Ville(s)
Pharmacie principale			
Autre pharmacie			

Est-ce que le profil pharmacologique a été demandé à la pharmacie?

- oui  
 non  
 NSP/refus

Autorisation verbale obtenue de l'usager de demander son profil pharmacologique à la pharmacie

La pharmacie exige une autorisation écrite de l'usager

- oui  
 non

**Important!**

Si une de ces conditions médicales est présente (sauf pour les allergies et "AUTRES"), il est nécessaire d'obtenir un avis médical avant d'admettre la personne dans un lit de désintoxication légère dans un organisme communautaire. La situation est plus critique si la condition médicale est mal contrôlée (ex.: non-respect du traitement), instable ou si le niveau de détérioration est modéré ou élevé.

# ALCOOL / SEVRAGE

Informez-vous sur la régularité / constance de la consommation de l'utilisateur, sur son intensité et sur le délai depuis la dernière consommation.  
 N.B. Le pic des symptômes de sevrage se situe entre 36 et 48 heures.

Quand avez-vous pris votre dernière consommation d'alcool?

Âge du début cons. rég.

Date Heure

aaaa - mm - jj heure : min

Usager intoxiqué actuellement?

Entre les deux choix suivants, cochez la case appropriée à la circonstance actuelle.

Abstinence depuis 7 jours et plus et aucun symptôme apparent de sevrage



Aucune référence médicale. Ne pas remplir le tableau ci-dessous.

Cliquez ici pour passer à la section Benzodiazépines

Abstinence depuis moins de 7 jours



Questionnez sur les quantités consommées au cours des 14 derniers jours.  
 Ne pas oublier de demander le type d'alcool, le contenant et le % d'alcool de la consommation

14 derniers jours														
Indiquer les jours où il y a eu consommation et inscrire le nombre de consommations standards par jour														
Quantité	Il y a													
	24 h	2 j	3 j	4 j	5 j	6 j	7 j	8 j	9 j	10 j	11 j	12 j	13 j	14 j

Nombre de jours de cons. depuis 30 jours

[ ]

Tableau d'équivalences des consommations en consommations standards

"FORT" (40%)		BIÈRE (5%)		VIN (13%)	
43 ml (1 ½ once)	= 1 cons.	1 petite (341 ml)	= 1 cons.	1 coupe (131 ml)	= 1 cons.
375 ml (13 onces)	= 9 cons.	1 grosse (625 ml)	= 2 cons.	1/2 litre	= 4 cons.
750 ml (26 onces)	= 18 cons.	1 King can (750 ml)	= 2 cons.	Bouteille (750 ml)	= 6 cons.
1,14 ml (40 onces)	= 27 cons.	1 Boss (950 ml)	= 3 cons.	Bouteille (1 litre)	= 8 cons.
60 ml de Listerine	= 1 cons.	1 Max Bull (1.18 l)	= 3,5 cons.	<b>"VIN FORTIFIÉ" (20%)</b>	
500 ml de Listerine	= 8 cons.	1 pichet	= 4 à 6 cons.	Ex.: Porto	
30 ml d'Aqua Velva	= 1 cons.	1 Baril (5 l)	= 15 cons.	1 petite coupe (75 ml)	= 1 cons.
100 ml d'Aqua Velva	= 3,5 cons.			Bouteille (750 ml)	= 10 cons.

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X ,05)

Attention: cliquez à droite pour accéder à l'orientation recommandée par le CISSMO

Orientations CISSMO (p. 16)

Au cours des 14 derniers jours, consommation lors d'un jour type		CIWA-Ar <u>Indice de sevrage</u>	Intensité du sevrage	Décision
<input type="checkbox"/> Forte et régulière	20 cons. ou plus par jour, au moins 4 jours sur 7		<input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Orientation 4-D CH jusqu'à ce que le CIWA-Ar <20 et stabilisation
	S'il y a de 8 à 19 cons. par jour, au moins 4 jours sur 7: → Administrez CIWA-Ar	CIWA-Ar ≥ 20		
<input type="checkbox"/> Modérée et régulière	Score CIWA-Ar [ ]  Les symptômes de sevrage augmentent durant les 48 à 72h après la dernière consommation. Donc, l'aggravation des symptômes doit être anticipée.	10 ≤ CIWA-Ar <20	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Orientation 3.7-D Service d'hébergement avec surveillance infirmière 24h/7 jusqu'à stabilisation et CIWA-Ar < 10
		CIWA-Ar reste < 10 durant 48h après l'arrêt. Le CIWA-Ar doit être fait aux 4h.		
<input type="checkbox"/> Faible	7 cons. ou moins par jour		<input type="checkbox"/> Aucun ou très faible	<input type="checkbox"/> Thérapie ou dépannage si besoin ou aucun service pour le sevrage

# ALCOOL / CIWA-Ar

aaaa - mm - jj

Pression artérielle

 /  Mn Hg

Pulsation  / Min.

heure : min

Température  °C

**NAUSÉES ET VOMISSEMENTS - Demandez:** "Avez-vous mal au cœur ou des nausées? Avez-vous vomi?" **Observez:**

- 0 Pas de nausée ni vomissement
- 1 Nausées légères sans vomissement
- 2
- 3
- 4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
- 5
- 6
- 7 Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements

**S.v.p., cochez une des réponses ci-dessus**

**TREMBLEMENTS - Bras étendus, doigts écartés. Observez:**

- 0 Pas de tremblement
- 1 Non visibles, mais peuvent être perçus/sentis du bout des doigts
- 2
- 3
- 4 Modérés, le patient ayant les bras étendus
- 5
- 6
- 7 Sévères, sans les bras étendus

**S.v.p., cochez une des réponses ci-dessus**

**SUEURS - Observez:**

- 0 Pas de sueur visible
- 1 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites
- 2
- 3
- 4 Front perlé de sueurs
- 5
- 6
- 7 Trepé de sueurs

**S.v.p., cochez une des réponses ci-dessus**

**ANXIÉTÉ - Demandez:** "Vous sentez-vous nerveux?" **Observez:**

- 0 Calme et détendu
- 1 Légèrement anxieux
- 2
- 3
- 4 Modérément anxieux, ou sur ses gardes (donc anxiété inférée)
- 5
- 6
- 7 Équivalent à un état de panique aigu, ayant une présentation similaire au délirium ou aux réactions schizophréniques aiguës

**S.v.p., cochez une des réponses ci-dessus**

**AGITATION- Observez:**

- 0 Activité normale
- 1 Activité normale légèrement accrue
- 2
- 3
- 4 Modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient
- 5
- 6
- 7 Marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entrevue, ou se débat des pieds et des mains (agitation presque constante)

**S.v.p., cochez une des réponses ci-dessus**

**TROUBLES TACTILES - Demandez:** "Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur votre peau." **Observez:**

- 0 Aucun
- 1 Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissement
- 2 Peu de démangeaisons, de sensations de chaleur ou d'engourdissement
- 3 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou engourdissements modérés
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères

**TROUBLES AUDITIFS - Demandez:** "Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent? Sont-ils stridents? Vous font-ils peur? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite? Avez-vous l'impression de percevoir ou d'entendre des sons et des bruits qui n'existent pas?" **Observez:**

- 0 Absents
- 1 Très peu stridents ou effrayants
- 2 Peu stridents ou effrayants
- 3 Modérément stridents ou effrayants
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

**S.v.p., cochez une des réponses ci-dessus**

**TROUBLES VISUELS - Demandez:** "La lumière vous paraît-elle vive? La couleur est-elle différente? Vous fait-elle mal aux yeux? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe? Qui vous dérange? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous?" **Observez:**

- 0 Absent
- 1 Très peu sensible
- 2 Peu sensible
- 3 Modérément sensible
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

**S.v.p., cochez une des réponses ci-dessus**

**MAUX DE TÊTE, TÊTE LOURDE - Demandez:** "Avez-vous des sensations étranges à la tête? Avez-vous l'impression que quelque chose serre votre tête? Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étoupe ou que votre tête va éclater? Avez-vous l'impression d'avoir une bande autour de la tête?" **Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations de tête légère. Évaluez plutôt la sévérité des autres symptômes.**

- 0 Absentes
- 1 Très légères
- 2 Légères
- 3 Modérées
- 4 Modérément sévères
- 5 Sévères
- 6 Très sévères
- 7 Extrêmement sévères

**S.v.p., cochez une des réponses ci-dessus**

**ORIENTATION PAR RAPPORT AU TEMPS, L'ESPACE ET AUX PERSONNES -**

**Demandez:** "Quel jour sommes-nous? Quelle est la date? Où êtes-vous? Qui suis-je?"

- 0 Orienté(e) et peut additionner des nombres en série
- 1 Ne peut additionner des nombres en série ou est incertain de la date
- 2 Erreur de date de 2 jours ou moins
- 3 Erreur de date de plus de 2 jours
- 4 Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes

**S.v.p., cochez une des réponses ci-dessus**

**Score CIWA-Ar Total (max. = 67):**  
(Additionnez les scores de chaque item)

0

Retour à  
Orientations  
CISSMO  
(p. 16)

**Nom de l'évaluateur:**

7 Hallucinations continues

S.v.p., cochez une des réponses ci-dessus

---

*Schneiderman, Naranjo et Sellers 1989; Sullivan, Swift, et Lewis, 1991).*

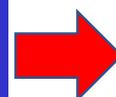
# ALCOOL / SEVRAGE / FACTEURS D'AGGRAVATION

## Facteurs d'aggravation du risque associé au sevrage

Cochez les conditions prescrites et questionnez la personne si nécessaire.

Si une des conditions suivantes est présente, les risques associés au sevrage à l'alcool sont plus élevés.	→ Décision		
<input type="checkbox"/> Utilisation des sédatifs autres que les benzodiazépines (e. g. barbituriques)  <i>Cochez la case des produits consommés</i>  <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <b>Barbituriques</b>  <input type="checkbox"/> Amobarbital (Amytal)  <input type="checkbox"/> Butabarbital (Butisol)  <input type="checkbox"/> Butalbital (Fiorinal)  <input type="checkbox"/> Pentobarbital (Nembutal)  <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Bellergal)  <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Donnatal)  <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Phénophen avec codéine)  <input type="checkbox"/> Sécobarbital (Séconal)  <input type="checkbox"/> Autres spécifiez: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> <b>Autres sédatifs</b>  <input type="checkbox"/> Éthchlorvynl (Placidyl)  <input type="checkbox"/> Hydrate de chloral  <input type="checkbox"/> Méprobamate (Équanil)  <input type="checkbox"/> Méprobamate (Miltown)  <input type="checkbox"/> Autres spécifiez: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> </td> </tr> </table>	<b>Barbituriques</b> <input type="checkbox"/> Amobarbital (Amytal) <input type="checkbox"/> Butabarbital (Butisol) <input type="checkbox"/> Butalbital (Fiorinal) <input type="checkbox"/> Pentobarbital (Nembutal) <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Bellergal) <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Donnatal) <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Phénophen avec codéine) <input type="checkbox"/> Sécobarbital (Séconal) <input type="checkbox"/> Autres spécifiez: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<b>Autres sédatifs</b> <input type="checkbox"/> Éthchlorvynl (Placidyl) <input type="checkbox"/> Hydrate de chloral <input type="checkbox"/> Méprobamate (Équanil) <input type="checkbox"/> Méprobamate (Miltown) <input type="checkbox"/> Autres spécifiez: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Orientation 3.7-D ou 4-D  <b>ou</b>  Évaluation médicale autorisant une orientation dans un niveau inférieur
<b>Barbituriques</b> <input type="checkbox"/> Amobarbital (Amytal) <input type="checkbox"/> Butabarbital (Butisol) <input type="checkbox"/> Butalbital (Fiorinal) <input type="checkbox"/> Pentobarbital (Nembutal) <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Bellergal) <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Donnatal) <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Phénophen avec codéine) <input type="checkbox"/> Sécobarbital (Séconal) <input type="checkbox"/> Autres spécifiez: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<b>Autres sédatifs</b> <input type="checkbox"/> Éthchlorvynl (Placidyl) <input type="checkbox"/> Hydrate de chloral <input type="checkbox"/> Méprobamate (Équanil) <input type="checkbox"/> Méprobamate (Miltown) <input type="checkbox"/> Autres spécifiez: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Usage concomitant de benzodiazépines			
<input type="checkbox"/> Histoire antérieure de sevrage avec hallucinations, convulsions, delirium tremens			
<input type="checkbox"/> Histoire de plus de 4 traitements médicaux antérieurs pour sevrage			

**Attention:** lorsque que la page des facteurs d'aggravation ci-dessus est complétée, cliquez à droite pour poursuivre l'analyse des orientations recommandées par le CISSMO pour l'alcool.



**Orientations recommandées par le CISSMO pour l'alcool**

# BENZODIAZÉPINES / SEVRAGE

Si la personne a mentionné prendre une substance de la classe des benzodiazépines pour dormir ou calmer son anxiété, que le médicament soit prescrit ou obtenu illégalement, demandez:

Quand avez-vous pris un médicament pour dormir ou pour vous calmer la dernière fois (benzodiazépines)?

Date	Heure
aaaa - mm - jj	heure : min

- N'a jamais consommé de cette substance ou NSP
- Abstinence depuis 14 jours et plus et aucun symptôme apparent de sevrage
- Abstinence depuis moins de 14 jours

Aucune référence médicale. Ne pas remplir le tableau ci-dessous. **Passez à la section Opioïdes**

- Répondre aux 3 questions suivantes.
- |   | Oui                      | Non                      | NSP/Refus                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Recevez-vous vos prescriptions de plus d'un médecin?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dépassez-vous la posologie recommandée (plus souvent ou en plus grande quantité)?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prenez-vous des sédatifs qui ne sont pas prescrits pour vous (prescrits à un proche ou obtenus au noir)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si la personne s'en tient à la posologie prescrite par un seul médecin, ne pas remplir le tableau évaluant la consommation de benzodiazépines. Toutefois, même si la personne suit sa prescription, il faut savoir qu'après trois mois de prise régulière de benzodiazépines, à dose thérapeutique, il y a un sevrage à l'arrêt.

Donc, si l'usager a répondu OUI à une des 3 questions précédentes Remplir le tableau suivant

Substances	30 jours						Equivalent mg Diazépam (valium) / jour	
	Nbre jours cons.	Date dern. cons. aaaa - mm - jj	Dose (mg)	Fréq. / jour	Cons. Total / jour	Rapport	Total	
<b>Ex.: Alprazolam (Xanax)</b>	10	2018-10-20	2	X 3	= 6	x 10	= 60	
Alprazolam (Xanax)				X	= 0	x 10	= 0	
Bromazépam (Lectopam)				X	= 0	x 1,7	= 0	
Chlordiazépoxyde (Librium)				X	= 0	÷ 2	= 0	
Clobazam (Frisium, anti-épileptique)				X	= 0	÷ 2	= 0	
<b>Clonazépam (Rivotril)</b>	Nbre jrs cons.	Date dern. cons.	Dose (mg)	Fréq. / jour	Total / jour	x 20	= 0	
Clonazépam (Rivotril)				X	= 0	x 20	= 0	
Clorazépate (Tranxene)				X	= 0	x 20	= 0	
Diazépam (Valium)				X	= 0	x 1	= 0	
Estazolam (ProSom)				X	= 0	x 5	= 0	
<b>Flurazépam (Dalmane)</b>	Nbre jrs cons.	Date dern. cons.	Dose (mg)	Fréq. / jour	Total / jour	÷ 3	= 0	
Flurazépam (Dalmane)				X	= 0	÷ 3	= 0	
Lorazépam (Ativan)				X	= 0	x 5	= 0	
Midazolam (Versed, IV, anesthésique)				X	= 0	x ?	= 0	
Nitrazépam (Mogadon)				X	= 0	x 1	= 0	
<b>Oxazépam (Serax)</b>	Nbre jrs cons.	Date dern. cons.	Dose (mg)	Fréq. / jour	Total / jour	÷ 3	= 0	
Oxazépam (Serax)				X	= 0	÷ 3	= 0	
Quazépam (Doral)				X	= 0	÷ 3	= 0	
Témazépam (Restoril)				X	= 0	÷ 3	= 0	
Triazolam (Halcion)				X	= 0	x 20	= 0	
<b>TOTAL</b>							<b>0</b>	



# BENZODIAZÉPINES / SEVRAGE / FACTEURS D'AGGRAVATION

Attention: cliquez à droite pour accéder à l'orientation recommandée par le CISSMO

Orientation CISSMO  
(p. 16)

Au cours des 30 derniers jours de consommation		Intensité du sevrage	Décision
<input type="checkbox"/> Forte et régulière	Quantité journalière > 80 mg, 4 jours sur 7, depuis 1 mois ou plus	<input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Orientation 4-D
<input type="checkbox"/> Modérée et régulière	40 mg ≤ quantité journalière ≤ 80 mg 4 jours sur 7, depuis 1 mois ou plus	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Orientation 3.7-D Services d'hébergement avec surveillance infirmière 24h/7 jusqu'à stabilisation ou évaluation médicale autorisant une orientation dans un niveau inférieur
<input type="checkbox"/> Faible	Quantité journalière < 40 mg	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Orientation 3.2-D ou plus léger Services certifiés d'aide et de soutien à la désintoxication en hébergement psychosocial ou en externe OU thérapie ou dépannage si besoin.

## Facteurs d'aggravation du risque associé au sevrage aux sédatifs

Cliquez les conditions prescrites et questionnez la personne si nécessaire.

Si une des conditions suivantes est présente, les risques associés au sevrage aux benzodiazépines sont plus élevés	Décision
<input type="checkbox"/> <b>Utilisation des sédatifs autres que les benzodiazépines (e. g. barbiturique)</b> <i>Cochez la case des produits consommés</i> <b>Barbituriques</b> <input type="checkbox"/> Amobarbital (Amytal) <input type="checkbox"/> Butabarbital (Butisol) <input type="checkbox"/> Butalbital (Fiorinal) <input type="checkbox"/> Pentobarbital (Nembutal) <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Bellergeral) <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Donnatal) <input type="checkbox"/> Phénobarbital (Phénophen avec codéïne) <input type="checkbox"/> Sécobarbital (Séconal) <input type="checkbox"/> Autres <i>Spécifiez:</i> <input type="text"/>	<p>Orientation 3.7-D ou 4-D</p> <p>ou</p> <p>Évaluation médicale autorisant une orientation dans un niveau inférieur</p>
<input type="checkbox"/> Usage concomitant d'alcool	
<input type="checkbox"/> Histoire antérieure de sevrage avec hallucinations, convulsions, delirium tremens	
<input type="checkbox"/> Histoire de plus de 4 traitements médicaux antérieurs pour sevrage	

Attention: lorsque que la page des facteurs d'aggravation ci-dessus est complétée, cliquez à droite pour poursuivre l'analyse des orientations recommandées par le CISSMO pour les benzodiazépines.

Orientations recommandées par le CISSMO pour les benzodiazépines



# OPIOÏDES / SEVRAGE

Quand avez-vous pris une substance opioïde pour la dernière fois, soit sous forme d'un médicament analgésique (ex.: dilaudid, codéine, morphine, etc.) ou sous une autre forme (ex.: héroïne, etc.)?

Date

Heure

- N'a jamais consommé de cette substance ou NSP
- Abstinence depuis 14 jours ou plus
- Abstinence depuis moins de 14 jours

Aucune référence médicale. Ne pas remplir le tableau ci-dessous.

**Passez à Consommation d'autres substances**

Répondre aux trois questions suivantes.

- |   |       |                          |                          |                          |
|---|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Recevez-vous vos prescriptions de plus d'un médecin?   | ..... | Oui                      | Non                      | NSP/Refus                |
| 2. Dépassez-vous la posologie recommandée (plus souvent ou en plus grande quantité)?                        | ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prenez-vous des opioïdes qui ne sont pas prescrits pour vous (prescrits à un proche ou obtenus au noir)? | ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si la personne s'en tient à la posologie prescrite par un seul médecin, ne pas remplir le tableau évaluant la consommation d'opioïdes. Toutefois, même si la personne suit sa prescription, il faut savoir qu'après trois mois de prise régulière d'opioïdes, à dose thérapeutique, il y a un sevrage à l'arrêt.

Donc, si l'usager a répondu OUI à une des 3 questions précédentes → Remplir le tableau suivant

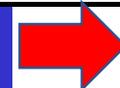
Substances	14 jours						Équivalent mg morphine i.m./i.v. par jour	
	Nbre jours cons.	Date dern. cons. aaaa - mm - jj	Dose (mg)	Fréq. / jour	Cons. Total / jour	Rapport	Total	
<b>Ex.: Hydromorphone (Dilaudid)</b>	8	2018-10-20	1	X	8	=	8	x 2,5 = 20
Aniléridine (Lérintine injecté)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	÷ 2 = 0
Aniléridine (Lérintine oral)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	÷ 7 = 0
Butorphanol (Stadol)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	x 5 = 0
Codéine (Empracet - 15 oral)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	÷ 20 = 0
<b>Codéine (Empracet - 30 oral)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	÷ 20 = 0
<b>Codéine (Empracet - 30/15/5)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	÷ 20 = 0
<b>Fentanyl (Duragene, Sublimage)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	x 50 = 0
<b>Héroïne</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	x 1 = 0
<b>Hydrocodone (Tussionex)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	? = 0
<b>Hydromorphone (Dilaudid injecté)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	x 5 = 0
<b>Hydromorphone (Dilaudid oral)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	x 2,5 = 0
<b>Mépidine (Démérol injecté)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	÷ 7 = 0
<b>Mépidine (Démérol oral)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	÷ 30 = 0
<b>Méthadone orale</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	÷ 30 = 0
<b>Morphine injectée</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	x 1 = 0
<b>Morphine, sulfate (MS contin oral)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	0	÷ 2 = 0

Suite page suivante

# OPIOÏDES / SEVRAGE (suite)

Substances	14 jours						Équivalent mg morphine i.m./i.v. par jour	
	Nbre jours cons.	Date dern. cons. <i>aaaa - mm - jj</i>	Dose (mg)	Fréq. / jour	Cons. Total / jour	Rapport	Total	
Nalbuphine, injecté	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	x 1,5 = <input type="text" value="0"/>
Oxycodone (oxycontin 10/20/40/80 mg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	x 1 = <input type="text" value="0"/>
Oxycodone (Percodan/percocet)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	x 1 = <input type="text" value="0"/>
Oxycodone (Percodan-demi/ Percocet-demi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	x 1 = <input type="text" value="0"/>
Oxycodone (Supeudol oral 5/10 mg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	x 1 = <input type="text" value="0"/>
Oxycodone (Supeudol rectal 10/20 mg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/> ? = <input type="text" value="0"/>
Oxymorphone (Numorphan injecté)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/> ? = <input type="text" value="0"/>
Oxymorphone (Numorphan rectal)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/> ? = <input type="text" value="0"/>
Oxymorphone (Oxycocet / Oxycodant)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	÷ 20 = <input type="text" value="0"/>
Pentazocine (Talwin oral)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	÷ 18 = <input type="text" value="0"/>
Pentazocine (Talwin injecté)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	÷ 6 = <input type="text" value="0"/>
Propoxyphène (Darvon injecté)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	÷ 5 = <input type="text" value="0"/>
Propoxyphène (Darvon oral)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>	÷ 10 = <input type="text" value="0"/>
							<b>TOTAL</b>	<input type="text" value="0"/>

Attention: cliquez à droite pour accéder à l'orientation recommandée par le CISSMO



Orientation CISSMO (p. 17)

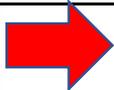
Consommation usuelle au cours des 14 derniers jours de consommation		Intensité du sevrage	Décision
<input type="checkbox"/> <b>Forte et régulière</b>	Quantité journalière ≥ 40 mg morphine par jour, au moins 4 jours sur 7, Rechute ≥ à 7 jours	<input type="checkbox"/> <b>Sévère</b>	<input type="checkbox"/> <b>Orientation 4-D</b> CH ou Équipe de traitement des TUO* du Service spécialisé en dépendance
<input type="checkbox"/> <b>Modérée et régulière</b>	20 mg ≤ quantité < 40 mg morphine au moins 4 jours sur 7, Rechute ≥ à 7 jours	<input type="checkbox"/> <b>Modérée</b>	<input type="checkbox"/> <b>Orientation 3.7-D</b> Équipe de traitement des TUO* du Service spécialisé en dépendance
<input type="checkbox"/> <b>Faible</b>	Quantité journalière < 20 mg morphine	<input type="checkbox"/> <b>Faible</b>	<input type="checkbox"/> <b>Orientation 3.2-D ou plus léger</b> Services certifiés d'aide et de soutien à la désintoxication en hébergement psychosocial ou en externe (1-D ou 2-D) OU thérapie ou dépannage si besoin. Au besoin orientation vers Équipe de traitement des TUO du Service spécialisé en dépendance.

\* TUO: Troubles d'usage d'opioïdes



# CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES

Autres produits consommés au cours des 30 derniers jours				Indiquez la fréquence de consommation des produits suivants au cours de la dernière année			
Avez-vous consommé les substances suivantes?	Date de la dernière consommation	Nbre jours cons.	Qté consom. par jour	Rythme de consommation Cochez les cases appropriées	Fréquence	Modes d'administration	
						1 <sup>er</sup> mode	2 <sup>e</sup> mode
<input type="checkbox"/> <b>Cocaïne</b> <i>Crack, Freebase</i>	Dern. consomm.	Nbre jrs		L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	aaaa - mm - jj			<input type="checkbox"/> Consom. début de mois <input type="checkbox"/> Consom. irrégulière			
<input type="checkbox"/> <b>Cannabis</b> <i>Pot, Hach, Huile de haschich</i>	Dern. consomm.	Nbre jrs		L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	aaaa - mm - jj			<input type="checkbox"/> Consom. début de mois <input type="checkbox"/> Consom. irrégulière			
<input type="checkbox"/> <b>Hallucinogènes</b> <i>Acide, Ecstasy, Champignon, L.S.D., Kétamine</i>	Dern. consomm.	Nbre jrs		L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	aaaa - mm - jj			<input type="checkbox"/> Consom. début de mois <input type="checkbox"/> Consom. irrégulière			
<input type="checkbox"/> <b>Amphétamines</b> <i>Speed</i>	Dern. consomm.	Nbre jrs		L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	aaaa - mm - jj			<input type="checkbox"/> Consom. début de mois <input type="checkbox"/> Consom. irrégulière			
<input type="checkbox"/> <b>Inhalants</b> <i>Aérosol, Colle, chloroforme, "Poppers"</i>	Dern. consomm.	Nbre jrs		L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	aaaa - mm - jj			<input type="checkbox"/> Consom. début de mois <input type="checkbox"/> Consom. irrégulière			
<input type="checkbox"/> <b>Autres (ex. GHB *)</b>	Dern. consomm.	Nbre jrs		L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Préciser:	aaaa - mm - jj			<input type="checkbox"/> Consom. début de mois <input type="checkbox"/> Consom. irrégulière			

**Attention: si GHB au cours des 7 derniers jours, cliquez à droite pour accéder à l'orientation recommandée par le CISSMO**  **Orientation CISSMO (p. 17)**

\* Une consommation régulière quotidienne de GHB à plusieurs doses par jour entraîne un risque de sevrage physique. L'utilisateur doit alors être orienté vers une évaluation médicale pour son sevrage.

## Cocaïne, cannabis, hallucinogènes et PCP

Pour l'ensemble de ces substances, les risques pour la santé physique, associés au sevrage, sont très faibles (il faut se rappeler que le sevrage des inhalants et du GHB est similaire à celui de l'alcool). Toutefois, diverses raisons pourraient justifier une discussion ou une référence au médecin ou à d'autres ressources.

Ces motifs de référence sont d'un autre ordre que le risque de sevrage:

- Psychoses
- Confusion sévère
- Idées suicidaires
- Agressivité importante nécessitant un encadrement institutionnel
- Condition médicale trop détériorée

Ces mêmes conditions associées à un sevrage modéré ou léger à l'alcool, aux sédatifs ou aux opioïdes, peuvent conduire à une discussion avec l'infirmière.



## Histoire d'hospitalisation en psychiatrie

Au cours de votre vie, combien de fois avez-vous été hospitalisé pour des problèmes psychologiques ou émotionnels dans un département de psychiatrie?

  
Nbre fois

Date de la dernière hospitalisation:

  
aaaa - mm - jj jours  
Durée

Lieu de cette hospitalisation

Motif ou diagnostic lors de cette hospitalisation

Actuellement, rencontrez-vous quelqu'un pour ces difficultés ou pour d'autres difficultés psychologiques ou émotionnelles?

Oui Non

Si oui, nom du ou des professionnels traitants ou psychiatres?

Dossier psychiatrique demandé?

- Oui  
 Non  
 NSP/Refus

À qui?

Date de la demande du dossier

  
aaaa - mm - jj

## Repérage du risque suicidaire

1. Avez-vous des idées suicidaires actuellement?

Oui Non

2. Au cours des 7 derniers jours, y a-t-il des jours où vous avez eu des idées suicidaires?

Si la personne répond "Jamais", allez à la question 5.

- Jamais  
 Une fois (donc un seul jour)  
 Quelques jours (2 à 4 jours)  
 À tous les jours ou presque (5 à 7 jours)

3. Au total, à chaque jour où vous avez pensé au suicide, pendant combien de temps au total dureraient ces pensées? (ex.: 40 "flash" au cours de la journée = plusieurs minutes au total, donc sélectionnez "Quelques minutes")

- Des "flash" (sec.)  
 Quelques minutes (1 à 59 min.)  
 Une ou plusieurs heures (1 à 3 h)  
 Presqu'une demi-journée ou plus

4. Avez-vous pensé à comment vous feriez pour vous suicider? Informez-vous très précisément de tout plan, toute organisation qu'aurait faite la personne pour tenter de se suicider.

- N'a pensé à aucun plan  
 A une idée vague, sans précision  
 Plan assez détaillé (avec ou sans date)  
 Plan détaillé et préparation complétée

**SI L'USAGER A RÉPONDU DES ÉLÉMENTS INDIQUANT LA PRÉSENCE D'UNE URGENCE SUICIDAIRE AUX QUESTIONS 2, 3 OU 4 OU SI LA QUESTION DU SUICIDE CHEZ CETTE PERSONNE VOUS PRÉOCCUPE, ESTIMER LA DANGEROUSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE AFIN DE PRIORISER LES INTERVENTIONS À POSER.**

5. a) Avez-vous déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide?

- Jamais  
 1 fois  
 2 à 4 fois  
 5 fois ou plus

b) Si oui, date de la dernière tentative?

  
aaaa - mm - jj

c) Moyen?

## Repérage de la dangerosité

Selon vous, cette personne présente-t-elle un danger pour son entourage? Vérifier le comportement actuel et questionner sur ses comportements depuis un mois à l'aide des points suivants. Si des membres de son entourage sont présents, vérifier le comportement très récent (e. g., depuis 24 heures). Cochez plus d'une case si nécessaire.

- Aucun danger apparent, verbal ou physique  
 Parle fort, intimidation verbale  
 Fait des menaces de mort  
 Bouscule, pousse, serre le bras, etc.  
 Frappe violemment les gens, blesse

# FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL

## Questionnez sur la présence de situations diverses significatives

### Problèmes au travail?

(travail, collègues, menaces de congédiement, l'employeur avisé de la démarche et son nom)

### Problèmes financiers?

(endettement relié à la consommation ou au jeu)

### Problèmes judiciaires?

(processus judiciaire, raisons, nom de l'agent de probation, tribunal prochainement)

### Isolement social?

(personne significative autour, conditions de vie, entourage qui consomme, etc.)

### Rupture / conflits avec famille d'origine?

(parents, frères/sœurs, consommation de membres de la famille)

### Rupture / conflits avec conjoint(e)?

(situation de divorce ou séparation)

### Difficultés avec enfants?

(DPJ, nom de l'intervenant-e, entente ou mécontente avec les enfants, garde)

### Sobriété antérieure?

(Incluant dates des dernières démarches, ex.: désintoxication, réadaptation)

### Sports pratiqués / loisirs?

(actuellement ou antérieurement)

Avez-vous déjà eu un/des diagnostic(s) en santé mentale?

Si oui, lequel ou lesquels?

### Autres situations?

(stresseurs, automutilation, troubles alimentaires, etc.)

### Attitude face au traitement

(motivation au traitement)

Famille avisée de la démarche actuelle?

oui

non

# ORIENTATIONS RECOMMANDÉES PAR LE CISSMO

## Orientations recommandées par le CISSMO - ALCOOL

Au cours des 14 derniers jours, consommation lors d'un jour type		CIWA-Ar Indice de sevrage	Intensité du sevrage	Orientation CISSMO	
<input type="checkbox"/> Forte et régulière	20 consommations ou plus par jour, au moins 4 jours sur 7		<input type="checkbox"/> Sévère 4-D	⇒ Orientation vers le CHUM par le psychosocial (4-D)	
<input type="checkbox"/> Modérée et régulière	8 à 19 consommations par jour, au moins 4 jours sur 7 ou consommation faible avec + de 30 consommations dans les 7 derniers jours  ⇒ Administrer le CIWA  <b>SCORE AU CIWA-Ar :</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px 0;">0</div> <b>* Si CIWA non-valide car consommation d'alcool dans les 6 dernières heures, référer à infirmier(-ère).</b>	CIWA-Ar ≥ 20		Cliquez ici pour évaluer les facteurs d'aggravation Cliquez ici pour évaluer les facteurs d'aggravation Cliquez ici pour évaluer les facteurs d'aggravation Cliquez ici pour évaluer les facteurs d'aggravation	
		10 ≤ CIWA-Ar < 20	<input type="checkbox"/> Modérée 3.7-D		Présence de facteurs d'aggravation (p. 8) ou de problème de santé physique (p. 1 à 6) : <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Référence vers infirmier(-ère) (3.7-D) <input type="checkbox"/> Non ⇒ Le psychosocial complète la grille « critères de priorisation » et envoie la référence vers William/St-Philippe (3.7-D)
		CIWA-Ar < 10.	<input type="checkbox"/> Faible		CIWA entre 1 et 10. Dernière consommation : <input type="checkbox"/> - de 48 h ⇒ Référence vers infirmier(-ère) (3.2-D + commentaire) <input type="checkbox"/> Consommation dans les 7 derniers jours avec facteurs d'aggravation ou problèmes de santé physique ⇒ Référence vers infirmier(-ère) (3.2-D + commentaire) <input type="checkbox"/> + de 48 h <input type="checkbox"/> Pas de facteurs d'aggravation et pas de problèmes de santé physique ⇒ <b>Aucun besoin de sevrage</b>
<input type="checkbox"/> Faible	7 consommations ou moins par jour * Ne doit pas dépasser 30 consommations dans les 7 derniers jours.		<input type="checkbox"/> Aucun ou très faible	⇒ <b>Aucun besoin de sevrage</b>	

**Après avoir terminé votre analyse concernant l'alcool, cliquez ici pour retourner au questionnaire (p. 9 - Benzodiazépines)**

## Orientations recommandées par le CISSMO - BENZODIAZÉPINES

Au cours des 30 derniers jours de consommation Équivalence mg diazépam / jour		Intensité du sevrage	Orientations recommandées par le CISSMO
<input type="checkbox"/> Forte et régulière	Quantité journalière >80mg, 4 jours sur 7, depuis 1 mois ou plus	<input type="checkbox"/> Sévère 4-D	⇒ Orientation vers le CHUM par le psychosocial (4-D)
<input type="checkbox"/> Modérée et régulière	40mg ≤ quantité journalière ≤ 80mg 4 jours sur 7, depuis 1 mois ou plus	<input type="checkbox"/> Modérée 3.7-D	Cliquez ici pour évaluer les facteurs d'aggravation ⇒ Référence vers infirmier(-ère) (3.7-D) ⇒ Pour les infirmiers(-ères) : Dans le cas d'une consommation « Modérée et régulière » de benzodiazépines, avant de référer vers le service de 3.7, une discussion de cas doit être faite avec les services résidentiels.
<input type="checkbox"/> Faible	Quantité journalière < 40mg	<input type="checkbox"/> Faible	A consommé dans les 14 derniers jours avec facteurs d'aggravation ou problèmes de santé physique : <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Référence vers infirmier(-ère) (3.2-D) <input type="checkbox"/> Non ⇒ <b>Aucun besoin de sevrage</b>
<input type="checkbox"/> Consommation de Xanax de rue au moins 1 fois dans les 7 derniers jours			⇒ Référence vers infirmier(-ère)

**Après avoir terminé votre analyse concernant les benzodiazépines, cliquez ici pour retourner au questionnaire (p. 11 - Opioïdes)**



<b>Orientations recommandées par le CISSMO - OPIOÏDES</b>			
Au cours des 14 derniers jours, consommation		Intensité du sevrage	Orientation CISSMO
<input type="checkbox"/> Forte et régulière	Quantité journalière ≥ 40mg morphine, au moins 4 jours sur 7, Rechute ≥ à 7 jours	<input type="checkbox"/> Sévère (4-D)	⇒ Référence vers infirmier(-ère) TAO
<input type="checkbox"/> Modérée et régulière	20mg ≤ quantité < 40mg morphine Au moins 4 jours sur 7, Rechute ≥ à 7 jours	<input type="checkbox"/> Modérée (3.7-D)	
<input type="checkbox"/> Faible	Quantité journalière < 20mg morphine	<input type="checkbox"/> Faible (3.2-D)	
<input type="checkbox"/> Si respect de la prescription mais non-respect du mode d'administration (Aucun besoin de sevrage)			

Après avoir terminé votre analyse concernant les opioïdes, cliquez ici pour retourner au questionnaire (p. 13 - Autres substances)

<b>Orientations recommandées par le CISSMO - GHB</b>	
<b><u>si consommation au cours des 7 derniers jours</u></b>	
Consommation	Orientation CISSMO
<input type="checkbox"/> Consommation quotidienne	⇒ Orientation vers le CHUM par le psychosocial (4-D)
<input type="checkbox"/> Consommation de GHB au moins 1 fois dans les 7 derniers jours + au moins 1 des 3 facteurs suivants: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Si a pris alcool au moins 1 fois dans les 7 derniers jours</li> <li><input type="checkbox"/> Si a pris benzodiazépines dans les 14 derniers jours (prescrits ou non)</li> <li><input type="checkbox"/> Opioides prescrits au moins 1 fois dans les 14 derniers jours</li> </ul>	⇒ Référence vers infirmier(-ère) (Aucun besoin de sevrage)

Après avoir terminé votre analyse concernant le GHB, cliquez ici pour retourner au questionnaire (p. 14 - Condition psychologique)

Orientation pour le besoin de sevrage

L'orientation de l'utilisateur en ce qui a trait au sevrage est:

- Aucun besoin de sevrage
- 1-D ou 2-D Désintoxication externe  
*(Pourra s'appliquer seulement lorsque le sevrage en ambulatoire sera disponible)*
- 3.2-D Services certifiés d'aide et de soutien à la désintoxication en hébergement psychosocial
- 3.7-D Service d'hébergement avec surveillance infirmière 24h/7
- 4-D Centre hospitalier

L'orientation pour le besoin de sevrage proposée est acceptée par l'utilisateur:

- Oui
- Non
- L'utilisateur désire réfléchir à l'orientation proposée

Commentaires:

Si refus ou réflexion de l'utilisateur après évaluation, nouvelle orientation retenue après discussion avec la personne:

- 1-D ou 2-D Désintoxication externe  
*(Pourra s'appliquer seulement lorsque le sevrage en ambulatoire sera disponible)*
- 3.2-D Services certifiés d'aide et de soutien à la désintoxication en hébergement psychosocial
- 3.7-D Service d'hébergement avec surveillance infirmière 24h/7
- 4-D Centre hospitalier
- Autre, spécifier:
- Aucune orientation retenue par l'utilisateur

Commentaires:

Orientation finale acceptée?

- Oui
- Non

Section à faire compléter et signer par l'utilisateur

Êtes-vous certain d'avoir mentionné tous les produits que vous avez consommés ainsi que les médicaments prescrits ou non prescrits? Ces informations sont très importantes pour mieux vous soigner et pour mieux répondre à vos besoins.

- Oui
- Non

Dans le cas où l'orientation suite à cette évaluation NiD-ÉP est vers la résidence William/St-Philippe du CISSS de la Montérégie-Ouest et que la personne accepte cette orientation, elle autorise que le personnel de la résidence William/St-Philippe ait accès à la liste des médicaments prescrits au Dossier santé Québec (DSQ). Cette autorisation est valide pour 90 jours.

L'utilisateur accepte de signer \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signature de l'utilisateur aaaa - mm - jj

L'utilisateur refuse de signer \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signature du clinicien aaaa - mm - jj

Consentement verbal obtenu \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signature du clinicien aaaa - mm - jj

Commentaires complémentaires:

