



INFORMATIONS

Nom :
 N.A.M. :
 D.D.N. :
 Numéro de téléphone :

NOTE D'ÉVALUATION TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL (TUA)

Homme Femme Âge _____

CONSOMMATION

ALCOOL

Type	Volume	%	# jour / semaine	Dernière consommation
			/ 7	
			/ 7	
			/ 7	

Calcul du total des consommations par jour = _____

AUTRES SUBSTANCES

- Benzodiazépines Non Oui → Précisez _____
- GHB Non Oui → Précisez _____
- Opiacées Non Oui → Précisez _____
- Autres Non Oui → Précisez _____

ANTÉCÉDENTS ET SYMPTÔMES PERTINENTS

ANTÉCÉDENTS	SYMPTÔMES ACTUELS
<p>Complication de sevrage</p> <p><input type="radio"/> Délirium Tremens</p> <p><input type="radio"/> Convulsions de sevrage</p>	<p><input type="radio"/> Nausées</p> <p><input type="radio"/> Vomissements</p> <p><input type="radio"/> Tremblements</p> <p><input type="radio"/> Sudation</p> <p><input type="radio"/> Céphalées</p>
<p>Médicaux</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> Maladie chronique mal contrôlée (ex : diabète, ins. cardiaque)</p> <p><input type="radio"/> Maladie chronique à risque d'exacerbation pendant le sevrage (ex : MPOC, apnée du sommeil, épilepsie)</p> <p><input type="radio"/> Condition chronique à risque de nuire au bon fonctionnement du sevrage en externe (ex : trouble neurocognitif ou itinérance)</p>	<p><input type="radio"/> Anxiété</p> <p><input type="radio"/> Insomnie</p> <p><input type="radio"/> Hallucinations</p>
<p>Psychiatriques</p> <p><input type="radio"/> Tentative de suicide <input type="radio"/> MABType _____</p> <p><input type="radio"/> Schizophrénie <input type="radio"/> Trouble anxieux</p> <p><input type="radio"/> Psychose Toxique <input type="radio"/> Dépression majeure</p>	<p><input type="radio"/> Idées suicidaires</p> <p><input type="radio"/> Convulsion récente</p> <p><input type="radio"/> Traumatisme récent : _____</p> <p><input type="radio"/> Cardio : _____</p> <p><input type="radio"/> Pneumo : _____</p> <p><input type="radio"/> Gastro : _____</p> <p><input type="radio"/> Uro : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

EXAMEN PHYSIQUE

TA: _____ FC: _____ RR: _____ SAT: _____ T: _____

Apparence : Normale Haleine Éthylique Ictère Hygiène négligée Déshydratation

Sensorium : Clair Désorienté : _____ Hallucinations : _____

Démarche : Normale Ataxie Romberg : _____

Mouvement extra-oculaire : Normal Nystagmus : _____

Cœur : _____

Poumon : _____

Abdomen : _____

Stigmates de cirrhose : Angiomes stellaires Érythème palmaire Hypertrophie des parotides Astérixis
 Hépto-splénomégalie Ascite Ecchymoses OMI Caput Medusae

CIWA-Ar : _____

LABORATOIRES

Réévaluation du stade de changement : _____

IMPRESSIONS

- Trouble d'usage d'alcool (TUA)
 - Phase de changement : _____
 - CIWA-Ar < 15 sans Contre-indication de sevrage en externe
 - Contre-indication de sevrage en externe : _____

PLAN

- Conseil au patient : ne pas arrêter complètement sa consommation d'ici le prochain rendez-vous
- Prises de sang demandées : _____
- Prises en charge psychosociale : _____
- Prescription de la médication pour le sevrage en externe (Document E complété)
- Prescription de la médication pour le maintien de l'abstinence
- Documentation sur la médication de sevrage et instructions donnés au patient (DOCUMENTS _____)
- Référence vers CH ou CRD (Document D complété)

 Prochaine rencontre : _____

Signature

N° permis

Date