



INFORMATIONS

Nom :

N.A.M. :

D.D.N. :

Numéro de téléphone :

RÉFÉRENCE VERS CH OU CRD - TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL

Homme Femme Âge _____ Trouble d'usage d'alcool (TUA) : Léger Modéré Sévère

CONSOMMATION

Bière Vin Fort Autre _____

Nombre de consommations : _____ par jour x _____ jours par semaine

Moment de la dernière consommation : _____

Trouble d'usage concomitant : _____

Dépresseurs SNC : Benzodiazépines Opioides GHB

ÉTAT DU PATIENT

ANTÉCÉDENTS

CIWA-ar _____

Fréquence ♥ _____

- Complication de sevrage : _____
- État psychologique instable
- Idées suicidaires
- Problème de santé aiguë : _____

- Support psychosocial absent
- Sans domicile fixe
- Échec au sevrage en externe

Sevrage débuté le : _____

Médication prescrite: _____

Quantité prise dans le dernier 24h : _____ mg

Dernière dose prise à : _____ h _____

Complication de sevrage

- Délirium Tremens
- Convulsions de sevrage

Médicaux

- Maladie chronique mal contrôlée (ex : diabète, ins. Cardiaque)
- Maladie chronique à risque d'exacerbation pendant le sevrage (ex : MPOC, apnée du sommeil, épilepsie)
- Condition chronique à risque de nuire au bon fonctionnement du sevrage en externe (ex : trouble neurocognitif ou itinérance)

Psychiatriques

- Tentative de suicide
- Schizophrénie
- Psychose Toxique
- MABType _____
- Trouble Anxieux
- Dépression majeure

Patient(e) référé(e) pour sevrage d'alcool: Centre hospitalier (CH) Centre de Réadaptation en Dépendance (CRD)

Discussion avec Dr _____ ce jour

- Transport par ambulance
- Retour à domicile et sera appelé pour évaluation

Signature

N° permis

Date