

INFORMATIONS GÉNÉRALES / SANTÉ PHYSIQUE

Épilepsie

Date de la dernière crise?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

Dernier examen médical?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

Êtes-vous suivi par un médecin? Oui Non

Prenez-vous des médicaments?

	mg	Nbr x jours PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie								
							Oui	Non	Oui	Non							
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>							
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>							

Date du dernier contrôle sanguin?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

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

Troubles hépatiques (ex: cirrhoses, jaunisse, hépatites A,B,C, problèmes de foie, oedème)

Date de la dernière crise?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

Dernier examen médical?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

Êtes-vous suivi par un médecin? Oui Non

Prenez-vous des médicaments?

	mg	Nbr x jours PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie								
							Oui	Non	Oui	Non							
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>							
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>							

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

Diabète

Date de la dernière crise?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

Dernier examen médical?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

Êtes-vous suivi par un médecin? Oui Non

Prenez-vous des médicaments?

	mg	Nbr x jours PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie								
							Oui	Non	Oui	Non							
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>							
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<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?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

Heure dernière glycémie

--	--

 /

--	--

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?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

Dernier examen médical?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

Êtes-vous suivi par un médecin? Oui Non _____

Prenez-vous des médicaments?

	mg	Nbr x jours	PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie							
								Oui	Non	Oui	Non						
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<input type="checkbox"/>								
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<input type="checkbox"/>								

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

Troubles gastro-intestinaux (Pancréatite, gastrite, hémorragie, diarrhée, constipation)

Date de la dernière crise?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

Dernier examen médical?

Année				
-------	--	--	--	--

 -

mois		
------	--	--

 -

jours		
-------	--	--

Êtes-vous suivi par un médecin? Oui Non _____

Prenez-vous des médicaments?

	mg	Nbr x jours	PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie							
								Oui	Non	Oui	Non						
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<input type="checkbox"/>								
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<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? Si oui, pour quelle(s) raison(s)? Oui Non _____

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)

Avez-vous de la toux? Oui Non

Si oui, caractéristique de l'expectoration? _____

Date de la dernière crise?

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

 (Année - mois - jours)

Dernier examen médical?

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

 (Année - mois - jours)

Êtes-vous suivi par un médecin? Oui Non

Prenez-vous des médicaments?

Nbr x jours PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie					
					Oui	Non	Oui	Non				
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>							
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>							

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

--	--

 nbr

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

Allergie (médicaments, alimentaires, autres)

Type (à quoi?):

Dernier examen médical?

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

 (Année - mois - jours)

Types de réactions allergiques

Êtes-vous suivi par un médecin? Oui Non

Prenez-vous des médicaments?

Nbr x jours PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie					
					Oui	Non	Oui	Non				
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>							
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<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?

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

 (Année - mois - jours)

Êtes-vous suivi par un médecin? Oui Non

Prenez-vous des médicaments?

Nbr x jours PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Prescrit		Respecte la posologie					
					Oui	Non	Oui	Non				
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>							
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/>					<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

Problème de santé pour lequel le médicament est prescrit

Autres médicaments? précisez:

	mg	Nbr x jours	PRN	Oral	Injecté	Rectal	Autres	Respecte la posologie		
								Oui	Non	
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						

Avez-vous un médecin de famille?

- Oui
 Non
 NSP/Refus

Si oui, prénom, 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?

- -
 Année Mois Jour

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

Téléphone de la ou les pharmacie(s)

Ville(s)

Pharmacie principale

()

-

Autre pharmacie

()

-

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

- Oui Autorisation verbale obtenue de l'usager de demander son profil pharmacologique à la pharmacie
 Non La pharmacie exige une autorisation écrite de l'usager Oui
 NSP/Refus 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

Les critères ci-dessous sont valables s'il y a abus uniquement d'alcool. 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.

Âge début cons. rég.

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

- -

Année Mois Jour

Heure /

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 nécessaire pour sevrage à l'alcool. Aller à la page 9 (Échelle de dépendance à l'alcool)

Abstinence depuis moins de 7 jours →

Questionnez sur les quantités consommées au cours des 14 derniers jours.

N.B.: Ne pas oublier de demander le type d'alcool, le contenant et le pourcentage d'alcool de la consommation

3 derniers jours			Jours 4 à 14											Nombre de jours de cons. depuis 30 jours <input type="text"/> <input type="text"/>	
			Rétrogrades à la dernière consommation												
			Cochez les jours où il y a eu consommation												
Quantité	24 hres	48 hres	72 hres	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	<input type="text"/> <input type="text"/> Conversion en unité standard
	<input type="text"/> <input type="text"/> Unité std	<input type="text"/> <input type="text"/> Unité std	<input type="text"/> <input type="text"/> Unité std												

"FORT" (40%)	BIÈRE (5%)	VIN (13%)
43 ml (1½ 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.
1,14ml (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.	"VIN FORTIFIÉ (20%)"
500 ml de Listerine = 8 cons.	1 pichet = 4 à 6 cons.	
30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.	1 Baril (5 l) = 15 cons.	
100 ml d'Aqua Velva = 3.5 cons.		1 petite coupe (75 ml) = 1 cons.
		Bouteille (750 ml) = 10 cons.
		ex: cynzano

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)

Au cours des 14 derniers jours, consommation lors d'un jour type		CIWA-Ar Indice de sevrage	→ Décision
<input type="checkbox"/> Forte et régulière	20 cons. ou plus par jour, au moins 4 jours sur 7		Évaluation médicale nécessaire
<input type="checkbox"/> Modérée et régulière	S'il y a de 8 à 19 cons. par jour, au moins 4 jours sur 7. → Administrez CIWA-Ar Score CIWA-Ar <input type="text"/> <input type="text"/> Se rappeler qu'un délai de 36 heures d'abstinence est nécessaire avant d'être passablement certain qu'il n'y aura pas de sevrage sévère.	CIWA-Ar ≥ 20	Évaluation médicale nécessaire
		10 ≤ CIWA-Ar < 20	CIWA-Ar 1h <input type="text"/> <input type="text"/> CIWA-Ar 2h <input type="text"/> <input type="text"/> CIWA-Ar 3h <input type="text"/> <input type="text"/> Discussion avec infirmier (ère)
<input type="checkbox"/> Faible	7 cons. ou moins par jour	CIWA-Ar < 10 et abstinence 48 hres	Admissible en dépannage, surveillez CIWA-Ar.
			Admissible en dépannage

- - // /
 Année Mois Jour // Heure

Pression artérielle
 / Mm Hg

Pulsation // / Min. // / OC
 Température

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS - Demandez: "Avez-vous mal au coeur 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-coeur
- 5
- 6
- 7 Nausées constantes, haut-le-coeur fréquents et vomissements

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

SUEURS - Observez:

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

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

- 0 Calme, 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

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)

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'engour.
- 2 Peu de démangeaisons, de sensations de chaleur ou d'engourdissement
- 3 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou engourdissement modérés
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

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

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

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 étau 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

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

Score CIWA-Ar Total (max. = 67):

(Additionner les scores de chaque item)
(Allez noter le score dans le tableau de la page 6)

Nom de l'évaluateur: _____

Facteurs d'aggravation du risque associé au sevrage

Marquez d'un x 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																						
<p><input type="checkbox"/> Utilisation des sédatifs autres que les benzodiazépines (e.g. barbituriques)</p> <p><i>Cochez la case des produits consommés</i></p> <table border="0"> <tr> <td>Barbituriques</td> <td>Autres sédatifs</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Amobarbital(Amytal)</td> <td><input type="checkbox"/> Éthchlorvynl(Placidyl)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Butobarbital(Butisol)</td> <td><input type="checkbox"/> Hydrate de chloral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Butalbital(Fiorinal)</td> <td><input type="checkbox"/> Méprobamate(Équanil)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pentobarbital(Nembutal)</td> <td><input type="checkbox"/> Méprobamate(Miltown)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Phénobarbital(Bellergal)</td> <td><input type="checkbox"/> Autres</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Phénobarbital(Donnatal)</td> <td>spécifiez: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Phénobarbital (Phénophen avec codéine)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sécobarbital(Séconal)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autres</td> <td></td> </tr> <tr> <td>spécifiez: _____</td> <td></td> </tr> </table>	Barbituriques	Autres sédatifs	<input type="checkbox"/> Amobarbital(Amytal)	<input type="checkbox"/> Éthchlorvynl(Placidyl)	<input type="checkbox"/> Butobarbital(Butisol)	<input type="checkbox"/> Hydrate de chloral	<input type="checkbox"/> Butalbital(Fiorinal)	<input type="checkbox"/> Méprobamate(Équanil)	<input type="checkbox"/> Pentobarbital(Nembutal)	<input type="checkbox"/> Méprobamate(Miltown)	<input type="checkbox"/> Phénobarbital(Bellergal)	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Phénobarbital(Donnatal)	spécifiez: _____	<input type="checkbox"/> Phénobarbital (Phénophen avec codéine)		<input type="checkbox"/> Sécobarbital(Séconal)		<input type="checkbox"/> Autres		spécifiez: _____		<p>Discussion avec infirmier (ère) et fort probablement besoin d'évaluation médicale (ex.: C. H.)</p>
Barbituriques	Autres sédatifs																						
<input type="checkbox"/> Amobarbital(Amytal)	<input type="checkbox"/> Éthchlorvynl(Placidyl)																						
<input type="checkbox"/> Butobarbital(Butisol)	<input type="checkbox"/> Hydrate de chloral																						
<input type="checkbox"/> Butalbital(Fiorinal)	<input type="checkbox"/> Méprobamate(Équanil)																						
<input type="checkbox"/> Pentobarbital(Nembutal)	<input type="checkbox"/> Méprobamate(Miltown)																						
<input type="checkbox"/> Phénobarbital(Bellergal)	<input type="checkbox"/> Autres																						
<input type="checkbox"/> Phénobarbital(Donnatal)	spécifiez: _____																						
<input type="checkbox"/> Phénobarbital (Phénophen avec codéine)																							
<input type="checkbox"/> Sécobarbital(Séconal)																							
<input type="checkbox"/> Autres																							
spécifiez: _____																							
<p><input type="checkbox"/> Usage concomitant de benzodiazépines</p>	<p>Discussion avec infirmier (ère)</p>																						
<p><input type="checkbox"/> Histoire antérieure de sevrage avec hallucinations, convulsions, delirium tremens</p>	<p>Discussion avec infirmier (ère) et fort probablement besoin d'évaluation médicale (ex.: C. H.)</p>																						
<p><input type="checkbox"/> Histoire de plus de 4 traitements médicaux antérieurs pour sevrage</p>	<p>Discussion avec infirmier (ère)</p>																						



Un QBDA a déjà été rempli depuis un an: spécifier par qui, la date et le score. **→ Aller à la page suivante sevrage Benzodiazépines**

Complété par: Nom, prénom: _____ Date: - - Score:
 Établissement: _____ Année Mois Jour

Question #1

Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la bière, du vin, du "fort" ou d'autres boissons alcoolisées?

- Jamais consommé
- Moins d'une fois par mois
i.e total de 11 fois ou moins/an
- 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois)
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine

**Terminer ici,
Passer à la page suivante sevrage Benzo**

Répondre aux est. 2 et 3

Question #2 Depuis un an, lors d'une semaine typique de consommation d'alcool ...

... combien de journées par semaine buvez-vous? **X** ... les journées où vous buvez, combien de consommations prenez-vous habituellement? = Calculez le nombre de consommations lors d'une semaine typique

Voir charte au verso

**Si cons./sem. est de 11 et + pour les femmes et 16 et + pour les hommes
OU
Si nombre d'épisodes de forte cons. au cours de la dernière année est de 12 et +,
Passer aux quest. 4 à 19.**

Sinon, terminer ici et passer à la page suivante - sevrage Benzo

Question #3 (Épisodes de forte consommation)

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu ...

FEMMES **→** ... 4 verres ou plus en une seule occasion?

HOMMES **→** ... 5 verres ou plus en une seule occasion?

Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)

Traduction par Tremblay J. (1999) du "Severity of Alcohol Dependence Data" (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983)

Pensez à vos habitudes de consommation d'alcool DEPUIS UN AN et répondez-moi sans réfléchir trop longtemps." Noircir la case appropriée.

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
4. Avez-vous de la difficulté à chasser de votre esprit l'idée de boire?	4. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5. Est-ce que boire est plus important pour vous que de prendre votre prochain repas?	5. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6. Organisez-vous votre journée en fonction du moment et du lieu où vous pouvez boire?	6. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7. Buvez-vous du matin au soir?	7. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
8. Buvez-vous pour l'effet de l'alcool, peu importe le type de boisson?.....	8. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
9. Buvez-vous autant que vous voulez sans vous soucier de ce que vous ferez le lendemain?.....	9. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
10. Continuez-vous à beaucoup boire, tout en sachant que l'alcool peut causer plusieurs problèmes?	10. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
11. Pensez-vous qu'après avoir commencé à boire vous ne serez pas capable d'arrêter?	11. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
12. Essayez-vous de contrôler votre consommation d'alcool en arrêtant complètement de boire durant plusieurs journées ou plusieurs semaines d'affilées?	12. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
13. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, avez-vous besoin de prendre un premier verre pour commencer la journée?.....	13. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
14. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, est-ce que vos mains tremblent à votre réveil?	14. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
15. Au réveil, après avoir beaucoup bu, avez-vous des maux de coeur ou des vomissements?.....	15. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, faites-vous des efforts pour éviter de rencontrer des gens?.....	16. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
17. Après avoir beaucoup bu, voyez-vous des choses effrayantes en vous rendant compte, plus tard, qu'elles sont imaginaires?	17. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
18. Vous arrive-t-il de boire et de constater, le lendemain, que vous avez oublié ce qui s'est passé la veille?.....	18. <input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Interprétation des scores du QBDA

- 0-9 Faible degré de dépendance** - Intervention services généraux en dépendance
- 10-17 Degré moyen de dépendance** - Vérifier l'échelle des conséquences de la consommation d'alcool
- 18-45 Degré élevé de dépendance** - Intervention par le service spécialisé en dépendance

QBDA
Total 4 à 18

48511



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) ?

- -
 Année Mois Jour

Heure /

- 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 → Répondre aux trois questions suivantes.

→ Aucune référence médicale. Ne pas remplir le tableau ci-dessous. Passer à la section opiacés.

- Recevez-vous vos prescriptions de plus d'un médecin?..... Oui Non NSP \ Refus
- Dépassez-vous la posologie recommandée (plus souvent ou en plus grande quantité)?..... Oui Non NSP \ Refus
- Prenez-vous des sédatifs qui ne sont pas prescrits pour vous (prescrit à un proche ou obtenu au noir)?... Oui Non NSP \ Refus

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'utilisateur a répondu OUI à une des 3 questions précédentes → Remplir le tableau suivant

Substances	30 jours						Équivalent mg Diazépam (valium) / jour		
	Nbre jours cons.	Année	Date dern. cons. Mois	Jours	Dose (mg)	Freq. / jour	Cons. total / jour	Rapport	Total
Ex: Alprazolam (Xanax)	10		10	20	2	x 3	6	x 10	60
Alprazolam (Xanax)						x		x 10	
Bromazépam (Lectopam)						x		x 1,7	
Chlordiazépoxide (Librium)						x		÷ 2	
Clobazam (Frisium, anti-épileptique)						x		÷ 2	
Clonazépam (Rivotril)						x		x 20	
Clorazépate (Tranxene)						x		x 20	
Diazépam (Valium)						x		x 1	
Estazolam (ProSom)						x		x 5	
Flurazépam (Dalmane)						x		÷ 3	
Lorazépam (Ativan)						x		x 5	
Midazolam (Versed, IV, anesthésique)						x		?	
Nitrazépam (Mogadon)						x		x 1	
Oxazépam (Serax)						x		÷ 3	
Quazépam (Doral)						x		÷ 3	
Témazépam (Restoril)						x		÷ 3	
Triazolam (Halcion)						x		x 20	
TOTAL									<input type="text"/>



Au cours des 30 derniers jours de consommation		➔ Décision
<input type="checkbox"/> Forte et régulière	Quantité journalière > 80mg, 4 jours sur 7, depuis 1 mois ou plus	Orientation en C. H.
<input type="checkbox"/> Modérée et régulière	40 mg ≤ quantité journalière ≤ 80mg 4 jours sur 7, depuis 1 mois ou plus	Discussion avec infirmier (ère)
<input type="checkbox"/> Faible	Quantité journalière < 40 mg	Admissible en dépannage

Facteurs d'aggravation du risque associé au sevrage aux sédatifs

Marquez d'un x 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"/> Utilisation des sédatifs autres que les benzodiazépines (e.g. barbiturique) <i>Cochez la case des produits consommés</i> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Barbituriques <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: _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Autres sédatifs <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: _____ </td> </tr> </table>	Barbituriques <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: _____	Autres sédatifs <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: _____	Discussion avec infirmier (ère) et fort probablement besoin d'évaluation médicale (ex.: C. H.)
Barbituriques <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: _____	Autres sédatifs <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 type="checkbox"/> Usage concomitant d'alcool	Discussion avec infirmier (ère)		
<input type="checkbox"/> Histoire antérieure de sevrage avec hallucinations, convulsions, delirium tremens	Discussion avec infirmier (ère) et fort probablement besoin d'évaluation médicale (ex.: C.		
<input type="checkbox"/> Histoire de plus de 4 traitements médicaux antérieurs pour sevrage	Discussion avec infirmier (ère)		



OPIACÉS / SEVRAGE

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

- -

Année Mois Jour

Heure /

N'a jamais consommé de cette substance ou NSP ➔ Passer à la page 14 consommation d'autres substances

Abstinence depuis 14 jours ou plus ➔ Aucune référence médicale. Ne pas remplir le tableau ci-dessous. Passer à la page 14 consommation d'autres substances

Abstinence depuis moins de 14 jours ➔ Répondre aux trois questions suivantes?

Oui Non NSP \ Refus

Recevez-vous vos prescriptions de plus d'un médecin?.....

Dépassez-vous la posologie recommandée (plus souvent ou en plus grande quantité)?.....

Prenez-vous des opiacés qui ne sont pas prescrits pour vous (prescrit à un proche ou obtenu au noir)?...

Si la personne s'en tient à la posologie prescrite par un seul médecin, ne pas remplir le tableau évaluant la consommation d'opiacés. Toutefois, même si la personne suit sa prescription, il faut savoir qu'après trois mois de prise régulière d'opiacés, 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 dernière consommation Année Mois jours	Dose (mg)	Freq. / jour	Cons. total / jour	Rapport	Total	
EX: Hydromorphone (Dilaudid)	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> 4	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	x 1,5 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Aniléridine (Léritine injecté)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	÷ 2 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Aniléridine (Léritine oral)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	÷ 7 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Butorphanol (Stadol)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	x 5 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Codéine (Empracet - 15 oral)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	÷ 20 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Codéine (Empracet - 30 oral)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	÷ 20 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Codéine (Empracet - 30 /15 /5)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	÷ 20 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Fentanyl (Duragene, Sublimage)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Héroïne	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	x 1 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Hydrocodone (Tussionex)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	? =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Hydromorphone (Dilaudid injecté)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	x 5 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Hydromorphone (Dilaudid oral)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	x 2,5 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Mépéridine (Démérol injecté)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	÷ 7 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Mépéridine (Démérol oral)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	÷ 30 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Méthadone orale	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	÷ 30 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Morphine injectée	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	x 1 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Morphine, sulfate (MS contin oral)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	÷ 2 =	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	



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

Consommation usuelle au cours des 14 derniers jours de consommation		 Décision
<input type="checkbox"/> Forte et régulière	Quantité journalière ≥ 40 mg morphine par jour, au moins 4 jours sur 7, Rechute \geq à 7 jours	Orientation en C. H.
<input type="checkbox"/> Modérée et régulière	$20 \text{ mg} \leq$ quantité $< 40\text{mg}$ au moins 4 jours sur 7, Rechute \geq à 7 jours	Discussion avec infirmier (ère)
<input type="checkbox"/> Faible	Quantité journalière < 20 mg morphine	Admissible en dépannage



CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES

Indiquez la fréquence de consommation des produits suivants au cours de la dernière année

Autres produits consommés au cours des 30 derniers jours

	Date dernière consommation	Nombre jours cons.	Quantité jour type	Rythme de consommation Barrez les jours de cons. ou Cochez la case appropriée	Indiquez la fréquence de consommation des produits suivants au cours de la dernière année						Modes administration	
					Jamais	Moins d'un jour/mois	1 à 3 fois /mois	1 à 2 fois/sem.	3 à 6 jours/sem.	Tous les jours ou presque	1 ^{er}	2 ^e
<input type="checkbox"/> Cocaïne Crack, Freebase	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour			L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> Cons. début de mois <input type="checkbox"/> Cons. irrégulière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cannabis Pot, Hasch, Huile de haschich	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour			L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> Cons. début de mois <input type="checkbox"/> Cons. irrégulière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hallucinogènes Acide, Ecstasy, Champignon, L.S.D., kétamine	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour			L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> Cons. début de mois <input type="checkbox"/> Cons. irrégulière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Amphétamines Speed	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour			L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> Cons. début de mois <input type="checkbox"/> Cons. irrégulière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inhalants Aérosol, Colle, chloroforme, "Poppers"	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour			L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> Cons. début de mois <input type="checkbox"/> Cons. irrégulière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres ex: GHB*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour			L Ma Me J V S D <input type="checkbox"/> Cons. début de mois <input type="checkbox"/> Cons. irrégulière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 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.

Mode administration

- 1 = Oral
- 2 = Nasal
- 3 = Fumé
- 4 = Injecté (musculaire)
- 5 = Injecté (intra-veineux)
- 6 = Autre

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 opiacés, peuvent conduire à une discussion avec l'infirmière.



- L'utilisateur n'a pas consommé de drogues au cours des 12 derniers mois → **Passer à la page suivante (conditions psychologiques / risque suicidaire)**
- Un ÉSD a déjà été rempli depuis un an: spécifier par qui, la date et le score. → **Passer à la page suivante (conditions psychologiques / risque suicidaire)**

Complété par: Nom, prénom.: _____ Date:

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

 Score:

--	--

Établissement: _____

Année Mois Jour

Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD)

Traduction par Tremblay, J. (1999) du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J. Powis, B., Hall, W. & Strang, J., (1995)

A. Le produit le plus consommé

Choisir le produit le plus consommé depuis un an et posez les questions 1 à 5 uniquement pour ce produit. Noircir le produit choisi.

- Médicaments sédatifs PCP Cocaïne Opiacés GHB
 Cannabis Hallucinogènes Autres stimulants Inhalants

DEPUIS UN AN...

1. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____? 1.
2. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux?.....2.
3. Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupée?3.
4. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____?.....4.
5. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans _____? 5.

Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

- Facile (0) Très difficile (2)
 Assez difficile (1) Impossible (3)

ÉSD (questions 1 à 5) / Total =

--	--

B. Le deuxième produit le plus consommé (s'il y a lieu)

Choisir le deuxième produit le plus consommé depuis un an et posez les questions 6 à 10 uniquement pour ce produit. Noircir le produit choisi.

- Médicaments sédatifs PCP Cocaïne Opiacés GHB
 Cannabis Hallucinogènes Autres stimulants Inhalants N/A

DEPUIS UN AN...

6. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____?.....6.
7. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux?.....7.
8. Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupée?8.
9. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____?.....9.
10. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans _____?10.

Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

- Facile (0) Très difficile (2)
 Assez difficile (1) Impossible (3)

ÉSD 2 (questions 6 à 10) / Total =

--	--

Interprétation des scores de l'ÉSD

- 0-2 Faible degré de dépendance**
Intervention première ligne
- 3-5 Degré moyen de dépendance**
Vérifier l'échelle des conséquences de la consommation de drogues
- 6-15 Degré élevé de dépendance**
Intervention par le centre spécialisé en dépendance



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 ?

--	--

Nbr fois

Date de la dernière hospitalisation :

				-			-					
Année					Mois			Jour		Durée en jours		

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 psychiatre? _____

Dossier psychiatrique demandé? Oui Non NSP/Refus

À qui?	Date de la demande du dossier?																				
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Année</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Mois</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Jour</td> </tr> </table>					-			-			Année					Mois			Jour	
				-			-														
Année					Mois			Jour													

Évaluation 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 durait ces pensées? (ex.: 40 "flash" au cours de la journée = plusieurs minutes au total, donc on coche à la case "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

6. Évaluation de l'urgence suicidaire (évaluation du COQ)

Évaluation de la dangerosité

1. 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

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 ? b) Si oui, date de la dernière tentative?

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

				-			-		
Année					Mois			Jour	

c) Moyen? _____

Faible			Moyen		Élevé		
<input type="checkbox"/>							
1	2	3	4	5	6	7	8



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, frère/soeur, 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 mésentente avec les enfants, garde)

Sobriété antérieure?

Incluant dates des dernières démarches, ex: désintoxication, réadaptation

Sports pratiqués / loisirs?

(actuellement ou antérieurement)

Autres situations?

(stresseurs, automutilation, troubles alimentaires, etc.)

Attitude face au traitement? (motivation au traitement)

Famille avisée de la démarche actuelle? Oui Non



Orientation pour le besoin de sevrage

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun besoin de sevrage | <input type="checkbox"/> III.7-D Centre de réadaptation en dépendance |
| <input type="checkbox"/> I-D ou II-D Désintoxication externe | <input type="checkbox"/> IV-D Centre hospitalier |
| <input type="checkbox"/> III.2-D Hébergement dans les lits multifonctionnels ou résidentiels communautaires | |

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:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> I-D ou II-D Désintoxication externe | <input type="checkbox"/> IV-D Centre hospitalier |
| <input type="checkbox"/> III.2-D Hébergement dans les lits multifonctionnels ou résidentiels communautaires | <input type="checkbox"/> Autre, spécifier: _____ |
| <input type="checkbox"/> III.7-D Centre de réadaptation en dépendance | <input type="checkbox"/> Aucune orientation retenue par l'utilisateur |

Commentaires: _____

Orientation finale acceptée? Oui
 Non

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

Signature de l'utilisateur
 L'utilisateur refuse de signer

Commentaires complémentaires: _____

