



ÉVALUATION INITIALE EN SOINS INFIRMIERS EN DÉPENDANCE

DOSSIER NO

USAGER _____

Nom _____

Prénom _____

Homme

Femme

Âge

Allergies : Non

Oui Remplissez l'annexe 2

- 1^{ère} évaluation à notre centre.
 Évaluation antérieure datant de plus de 3 mois.
 Si évaluation initiale ≤ de 3 mois, utilisez la « Mise à jour ».

Date

Année Mois Jour

Service et
programme

111 Réad. interne adulte
121 Réad. interne jeunesse
131 A.É.O.

151 Itinérance/SDF
161 55 ans et plus
171 Urgence

172 Triage
181 Jeunesse externe
241 Jeu pathologique

1. NATURE DE LA DEMANDE

Qu'est-ce qui amène l'utilisateur à faire cette démarche aujourd'hui (les déclencheurs)?

ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE

2. PERCEPTION GÉNÉRALE DE L'USAGER

A) Les PLUS grands changements observés par l'utilisateur au cours des 3 derniers mois (symptômes, sommeil, alimentation, comportement, mémoire, jugement, communication avec les autres, assumer ses AVQ-AVD, travail, etc...) :

B) Ce que l'utilisateur a tenté de faire (*coping*) pour s'en sortir avant de se présenter au CDC incluant les démarches officielles de sevrage dans les centres connus, les résultats obtenus:

C) La plus longue abstinence en mois :



ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE

3. SIGNES CLINIQUES OBSERVÉS PAR L'INFIRMIÈRE

A) En lien avec les signes d'intoxication ou de sevrage apparents (pupilles, frissons, piloérection, sudation, agitation...) Description :

B) Autres signes cliniques pertinents (apparence générale, mode de communication, comportement à l'arrivée, etc...) :

C) Informations complémentaires et données psychosociales :



ÉVALUATION DES RISQUES RELIÉS AU SEVRAGE

4. PROFIL DE CONSOMMATION (TOUTES SUBSTANCES)

4A. DÉPRESSEURS DU S.N.C.

Psychotropes	Produits	Voie	Quantité (die)	Fréquence **	Durée/ Usage régulier	Dernière consommation	Référence
Alcool							Remplissez l'annexe 1
Benzodiazépines							Remplissez l'annexe 1
Opiacés							Référez aux «Critères d'admission aux services internes»
GHB							Remplissez l'annexe 1
Barbituriques							C.H.
Solvant							C.H.

4B. STIMULANTS DU S.N.C.

Cocaïne							---
Amphétamines (speed) (crystalmeth)							*

4C. PERTURBATEURS DU S.N.C.

Cannabis							---
Kétamine							Unité sevrage
Ecstasy							---

4D. AUTRES (JEU ET AUTRES SUBSTANCES)

* **SPEED** - LES SEVRAGES DE SPEED SONT ADMIS À L'UNITÉ SEVRAGE SI HISTOIRE DE SYMPTÔMES DE SEVRAGE IMPORTANTS ET/OU SI SUSPICION DE CRYSTALMETH.

** **FRÉQUENCE** DANS LES DERNIERS 30 JOURS.



PROFIL MÉDICAMENTEUX

5. MÉDICATION ACTUELLE PHYSIQUE ET PSYCHIATRIQUE

Programme « ALERTE » : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : _____	Gestion de la médication : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Pharmacie : _____ ☎ : _____	Par qui : _____
Médecin : _____ ☎ : _____	Style de gestion : _____
Méthadone privilège : _____	
Endroit du suivi : _____	<input type="checkbox"/> maintien <input type="checkbox"/> sevrage

Médication actuelle prescrite

<input type="checkbox"/> Référez au profil médicamenteux de la pharmacie OU ⇒ Nom du médicament	Posologie	Durée	Respect	
			Oui	<input type="checkbox"/> Non - Veuillez documenter

Traitement : exemples – crème et/ou pompe

Nom du médicament	Posologie	Fréquence	Durée	Pourquoi? Selon l'utilisateur

Médication sans prescription

Nom du médicament	Posologie	Fréquence	Durée	Pourquoi? Selon l'utilisateur



ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE

6. FACTEURS GÉNÉRAUX

A) Poids actuel : Pesée au bureau Selon l'utilisateur

Selon l'utilisateur : stable ↓ depuis 3 mois : ↗ depuis 3 mois :

Commentaires relatifs à la perte ou au gain de poids :

B) Taille : Mesure au bureau Selon l'utilisateur

C) IMC : Pertinent Non pertinent

D) Grossesse :

Gravida _____ Paragravida _____ Aborda _____ I.V.G. _____ Dernières menstruations _____

Troubles reliés aux menstruations :

Moyen de contraception :

Exposition à une grossesse : Non Oui

Pertinence d'un test de grossesse : Non Oui, résultat _____ Refusé

Si grossesse connue, nombre de semaines :

Suivi de grossesse :

E) Santé cognitive et autonomie

Évaluation de la SANTÉ COGNITIVE de l'utilisateur : présentement le jugement, la perception, l'orientation de l'utilisateur sont :

adéquats et permettent une admission

test d'évaluation de Folstein

Résultat :

Orientation :

Évaluation de l'AUTONOMIE FONCTIONNELLE de l'utilisateur : présentement l'utilisateur est capable d'assumer seul ses activités de la vie quotidienne :

oui, peut être admis

non, et nous devons l'orienter vers



7. CONDITIONS BIOMÉDICALES POUVANT NÉCESSITER UNE ATTESTATION MÉDICALE OU UN AVIS PROFESSIONNEL AVANT L'ADMISSION.		
N.B. : Tous les «oui » EXIGENT une précision / décision		
7A. SANTÉ CARDIOVASCULAIRE <input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME	Oui	Précisions/Décisions
▪ infarctus ≤ 3 mois		Si admission éventuelle à l'interne : <input type="checkbox"/> Discussion de cas avec médecin du C.D.-C. <input type="checkbox"/> Attestation écrite du médecin traitant <input type="checkbox"/> Discussion de cas avec médecin traitant
▪ chirurgie coro. ≤ 3 mois		
▪ DRS récurrentes		
▪ non-compliance au traitement ♥		
▪ attente de chirurgie ♥		
DONNÉES CARDIOVASCULAIRES COMPLÉMENTAIRES :	Oui	Précisions/Impacts/Coping
▪ troubles cardiaques > 3 mois : <input type="checkbox"/> infarctus <input type="checkbox"/> chirurgie		
▪ porteur stimulateur cardiaque		
▪ TA : <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> hypotension		
▪ AVC antérieur		
▪ oedème membres inférieurs		
▪ autres :		
7B. SANTÉ RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME	Oui	Précisions/Décisions
▪ toux récurrente et incessante avec syndrome fébrile :		<input type="checkbox"/> Évaluation médicale à l'admission <input type="checkbox"/> Port du masque <input type="checkbox"/> Consultation médicale demandée <input type="checkbox"/> Évaluation médicale dans les 12 heures <input type="checkbox"/> Référence au Centre hospitalier
▪ début :		
▪ durée :		
▪ description expecto :		
▪ déjà suivi médical :		
▪ auscultation :		
▪ style de vie : (SDF-Itinérant)		<input type="checkbox"/> Informez le médecin pour PPD
▪ troub. resp. : <input type="checkbox"/> emphysème <input type="checkbox"/> MPOC <input type="checkbox"/> asthme <input type="checkbox"/> bronchite chronique <input type="checkbox"/> apnée du sommeil <input type="checkbox"/> porteur d'une trachéotomie		Utilisateur : <input type="checkbox"/> CPAP ou <input type="checkbox"/> BPAP <input type="checkbox"/> nébulisateur <input type="checkbox"/> Entente sur les règles de sécurité expliquée et signée <input type="checkbox"/> Autonome dans ses soins respiratoires quotidiens
▪ lésions cloisons nasales		Précisez les connaissances, le matériel et l'autonomie :
▪ infections respiratoires fréquentes		
▪ tabagisme : nbre/jour : depuis : année		
▪ autres :		



7C. SANTÉ NEUROLOGIQUE <input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME	Oui	Précisions/Décisions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ trauma crânien ≤ 30 jours non-investigué par un médecin ▪ épilepsie non contrôlée ▪ non-compliance à la médication ▪ convulsions non contrôlées ▪ autres : 		Si admission éventuelle à l'interne : <input type="checkbox"/> Discussion de cas avec médecin du C.D.-C. <input type="checkbox"/> Référence en Centre hospitalier
DONNÉES NEUROLOGIQUES COMPLÉMENTAIRES :	Oui	Précisions/Impacts/Coping
<ul style="list-style-type: none"> ▪ trauma crânien > 30 jours ▪ équilibre/chute : ▪ convulsions : ▪ perte de conscience : ▪ maux de tête : ▪ épilepsie : ▪ autres (signes neuro. PRN): 		
7D. SANTÉ HÉPATIQUE <input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME	Oui	Précisions/Impacts/Coping
<ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnostic : stéatose hépatique date : _____ ▪ diagnostic : hépatite alcoolique date : _____ ▪ autres (ascite, ictère...) : ▪ diagnostic de cirrhose : date : _____ 		<input type="checkbox"/> Discussion de cas avec une infirmière expérimentée ou un médecin
7E. SANTÉ ENDOCRINOLOGIQUE <input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME	Oui	Précisions/Impacts/Coping
<ul style="list-style-type: none"> ▪ diabète Type I (insuline) <input type="checkbox"/> : ▪ diabète Type II <input type="checkbox"/> : ▪ pancréatite : ▪ autres: 		



7F. SANTÉ GASTRO-ENTÉROLOGIQUE <input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME		Oui	Précisions/Impacts/Coping
<ul style="list-style-type: none"> ▪ troubles de l'alimentation : 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nausées <input type="checkbox"/> vomissements <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/> 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ dyspepsie <input type="checkbox"/> douleurs abdominales <input type="checkbox"/> 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ constipation <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> rectorrhagie <input type="checkbox"/> flatulence <input type="checkbox"/> 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ autres diagnostics médicaux : 			
7G. SANTÉ MUSCULO-SQUELETTIQUE <input type="checkbox"/> Aucun problème			
7H. SANTÉ IMMUNITAIRE			
Éléments discutés ou évalués :	Non	Oui	Précisions/Impacts/Coping
<ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnostic hépatite A date : _____ 			TWINRIX 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e <input type="checkbox"/> Date _____
<ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnostic hépatite B date : _____ 		Porteur chronique <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Traitement : _____ _____	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnostic hépatite C date : _____ 		Porteur chronique <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Traitement : _____ _____	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnostic VIH date : _____ traitements : _____ _____ _____ 		Dernier test de suivi : _____ Date : _____ Charge virale : _____ CD4 : _____ _____	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ITSS : investigation antérieure _____ _____ 			
7I. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ			



8. ÉVALUATION DES COMPORTEMENTS À RISQUES			
Éléments discutés ou évalués :	Non	Oui	Précisions et enseignement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ comportements sexuels à risques sans utilisation de condom 			Si risque non-investigué, offrir consultation médicale. Réponse de l'utilisateur: <input type="checkbox"/> accepte <input type="checkbox"/> refus Discussion / Enseignement : _____ _____ _____ _____ Informations complémentaires : _____ _____ _____ _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> ▪ prostitution 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ U.D.I. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ partage de matériel d'injection 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ utilisation de matériel contaminé 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ antécédents de complications liées à l'administration I.V. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ connaissance des endroits où se procurer des seringues stériles 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ connaissance des endroits où se départir des seringues souillées 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ tatouage artisanal 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ perçage (body-piercing) artisanal 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ autres : 			

9. CONDITIONS DE LA PEAU			
Éléments discutés ou évalués :	Non	Oui	Précisions et enseignement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ sites d'injections infectés : nbre : _____ endroits : _____ _____ 			<input type="checkbox"/> Traitement de l'utilisateur : _____ _____ <input type="checkbox"/> Suivi par un professionnel : _____ _____ <input type="checkbox"/> Traitement de l'utilisateur : _____ _____ <input type="checkbox"/> Suivi par un professionnel : _____ _____ <input type="checkbox"/> Traitement de l'utilisateur : _____ _____ <input type="checkbox"/> Suivi par un professionnel : _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> ▪ plaies : précisez les endroits, rougeurs, œdème, couleur des exsudats : _____ 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ autres lésions : précisez : _____ _____ 			
Données complémentaires :	Non	Oui	Précisions/Impacts/Coping
<ul style="list-style-type: none"> ▪ gale : _____ 			<input type="checkbox"/> Traitez l'utilisateur dès son arrivée à l'interne <input type="checkbox"/> Traitez les effets personnels de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Référence à un médecin ou pharmacien
<ul style="list-style-type: none"> ▪ poux : _____ 			



11. IDÉES/PROPOS/PLAN SUICIDAIRE	<input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME
<ul style="list-style-type: none"> ▪ précisions / Impacts / <i>Coping</i> : 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ gestes suicidaires antérieurs : 	

Sphères d'évaluation	Oui	Précisions/ <u>Impacts</u> / <u>Coping</u>
12. COMPORTEMENTS/ATTITUDES <input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME		
▪ violence verbale		
▪ violence contre les objets		
▪ violence contre les personnes		
▪ automutilation		
▪ jeu pathologique		
▪ autres :		

13. CONTRÔLE DES PULSIONS	<input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME	Oui	Précisions/ <u>Impacts</u> / <u>Coping</u>
▪ difficulté à contrôler son hostilité			
▪ difficulté à contrôler ses pulsions sexuelles			
▪ difficulté à contrôler son agressivité			
▪ autres :			

14. AFFECT	<input type="checkbox"/> AUCUN PROBLÈME	Précisions/ <u>Impacts</u> / <u>Coping</u>
<input type="checkbox"/> plat <input type="checkbox"/> labile <input type="checkbox"/> méfiant <input type="checkbox"/> agressif <input type="checkbox"/> colérique <input type="checkbox"/> dépressif <input type="checkbox"/> angoissé <input type="checkbox"/> anxieux <input type="checkbox"/> confus <input type="checkbox"/> ambivalent <input type="checkbox"/> triste/mélancolique <input type="checkbox"/> autres :		



18. ORIENTATION FINALE	
<input type="checkbox"/> C.D.-C.	Désintoxication : <input type="checkbox"/> sevrage <input type="checkbox"/> récupération
<input type="checkbox"/> Autre service/programme du C.D.-C.	
<input type="checkbox"/> Autre externe	

19. DOSSIERS MÉDICAUX DEMANDÉS :	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	ENDROIT : _____
ATTESTATION MÉDICALE DEMANDÉE :	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	À qui? _____ QUAND? _____

20. ATTENTION PARTICULIÈRE POUR LES ÉLÉMENTS SUIVANTS

21. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

DATE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE _____



ANNEXE 1 - CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ DE SEVRAGE

AUCUN CHANGEMENT DEPUIS L'ÉVALUATION INITIALE ANNEXE NON PERTINENTE

FACTEURS GÉNÉRAUX : RÉVISEZ LES FACTEURS ET ENTOUREZ LA COTE CORRESPONDANTE À LA SITUATION DE VOTRE USAGER.	Cote
1. ÂGE	
< 60 ans	0
≥ 60 ans	1
2. DÉFICIENCE ENZYMATIQUE	2
3. I.M.C.	
< 17	1
4. FEMME ENCEINTE	
Alcool ≤ 24 semaines	0
Alcool ≥ 38 semaines	CH
Opiacés	CH ou CRAN
GHB / Kétamine	CH
Benzodiazépine si grossesse > 24 semaines	CH
Cannabis / Cocaine, speed, XTC, LSD, mushroom	0
5. AUTRE : Initiation d'antidépresseur tricyclique ≤ 2 semaines avec consommation d'alcool/Benzodiazépine/GHB	discussion

ALCOOL : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI RÉVISEZ LES ÉLÉMENTS DU TABLEAU ET ENTOUREZ LA COTE CORRESPONDANTE À LA SITUATION DE VOTRE USAGER	
Remarque : Risque de sevrage si consommation 7/7 jours et/ou si présence de symptômes de sevrage importants à l'arrêt de la consommation d'alcool.	
1. QUANTITÉ	Cote
≤ 15 consommations	0
16 à 20 consommations	1
21 à 30 consommations	2
31 à 40 consommations	3
> 40 consommations	CH
2. ALCOOL AUTRE QUE ÉTHANOL (<i>listerine, aqua velva, alcool isopropylique, méthanol,...</i>)	
< 4 jours / 7	2
> 4 jours / 7	discussion
3. NOMBRE D'HEURES SANS CONSOMMER	
< 4 heures	2
4 – 8 heures	1
> 8 heures	0
4. SEVRAGES ANTÉRIEURS MULTIPLES	
(> 4 dans les 24 derniers mois)	1

SOUS-TOTAL / PAGE



ANNEXE 1 – CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ DE SEVRAGE

ALCOOL : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI - FACTEURS D'AGGRAVATION DE SEVRAGE	Cote
L'USAGER DOIT ÊTRE EN SEVRAGE LORS DE CES MANIFESTATIONS : DOCUMENTEZ (DATE, NOMBRE, CIRCONSTANCE)	
Hallucinose de sevrage sans RX : <input type="checkbox"/> _____	1
Hallucinose de sevrage avec RX : <input type="checkbox"/> _____	2
ATCD de convulsion, <u>sans</u> RX, quantité supérieure : <input type="checkbox"/> _____	2
ATCD de convulsion, <u>sans</u> RX, quantité égale : <input type="checkbox"/> _____	3
ATCD de convulsion, <u>sans</u> RX, quantité inférieure : <input type="checkbox"/> _____	discussion
ATCD de convulsion, <u>avec</u> RX : <input type="checkbox"/> _____	discussion
ATCD de convulsion, <u>avec</u> abus benzodiazépine : <input type="checkbox"/> _____	1
ATCD de delirium tremens ≤ 6 mois : <input type="checkbox"/> _____	CH
ATCD de delirium tremens > 6 mois : <input type="checkbox"/> _____	discussion
Tolérance inversée : <input type="checkbox"/> _____	3
ALCOOL + ABUS D'UNE AUTRE SUBSTANCE : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
Alcool + Benzodiazépine ≥ 60 mg diazepam en équivalence : <input type="checkbox"/> _____	discussion
Alcool + GHB : <input type="checkbox"/> _____	discussion
Alcool + opiacés : <input type="checkbox"/> _____	discussion
Alcool + stimulants : <input type="checkbox"/> _____	0
Alcool + cannabis : <input type="checkbox"/> _____	0
Alcool + hallucinogènes : <input type="checkbox"/> _____	0
Alcool + barbituriques : <input type="checkbox"/> _____	CH

BENZODIAZÉPINES : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI – FACTEURS D'AGGRAVATION : DOCUMENTEZ (DATE, NOMBRE, CIRCONSTANCE)	Cote
Sevrages antérieurs multiples <input type="checkbox"/> _____	discussion
ATCD de convulsion à l'arrêt de tout benzodiazépine <u>Sans</u> RX : <input type="checkbox"/> _____	1
ATCD de convulsion <u>sous</u> RX : <input type="checkbox"/> _____	discussion
BENZODIAZÉPINES + ABUS D'AUTRES SUBSTANCES : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
Benzodiazépine + GHB : <input type="checkbox"/> _____	discussion
Benzodiazépine + barbituriques : <input type="checkbox"/> _____	CH
Benzodiazépine + opiacés : <input type="checkbox"/> _____	discussion
Benzodiazépine + autres substances : <input type="checkbox"/> _____	0

SOUS-TOTAL / PAGE



ANNEXE 1 – CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ DE SEVRAGE

GHB : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Cote
Remarque : Les sevrages de GHB sont admis à l'unité de sevrage. <i>La concentration de GHB dans les doses vendues est très variable (0,5 mg à 5 mg par dose), on se base donc sur la fréquence d'utilisation et la présence de symptômes de sevrage pour estimer la sévérité du sevrage.</i>		
GHB p.o. q > 6 heures	<input type="checkbox"/> _____	0
GHB p.o. q 3 – 4 heures	<input type="checkbox"/> _____	2
GHB p.o. q < 3 heures	<input type="checkbox"/> _____	CH
L'USAGER DOIT ÊTRE EN SEVRAGE LORS DE CES MANIFESTATIONS :		DOCUMENTEZ (DATE, NOMBRE, CIRCONSTANCE)
ATCD convulsion <u>avec</u> RX :	<input type="checkbox"/> _____	CH
ATCD convulsion <u>sans</u> RX < 12 heures d'arrêt :	<input type="checkbox"/> _____	CH
ATCD de convulsion, <u>sans</u> RX ≥ 12 heures d'arrêt:	<input type="checkbox"/> _____	3
GHB + ABUS D'UNE AUTRE SUBSTANCE : <input type="checkbox"/>		
GHB + Alcool ≥ 3 / 7 jours :	<input type="checkbox"/> _____	discussion
GHB + Benzodiazépine :	<input type="checkbox"/> _____	discussion
GHB + barbituriques :	<input type="checkbox"/> _____	CH
GHB + opiacés :	<input type="checkbox"/> _____	discussion
GHB + autres substances :	<input type="checkbox"/> _____	0

ÉPILEPSIE : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		DOCUMENTEZ (DATE, NOMBRE, CIRCONSTANCE)
Non-compliance à la médication :	<input type="checkbox"/> _____	1
Alcool :	<input type="checkbox"/> _____	1
Abus de benzodiazépine :	<input type="checkbox"/> _____	2
Alcool + abus de benzodiazépine :	<input type="checkbox"/> _____	CH
GHB :	<input type="checkbox"/> _____	CH
ATCD de convulsion de sevrage <u>sans</u> RX :	<input type="checkbox"/> _____	discussion
ATCD de convulsion de sevrage <u>avec</u> RX :	<input type="checkbox"/> _____	CH
ATTEINTE HÉPATIQUE : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		DOCUMENTEZ (DATE, NOMBRE, CIRCONSTANCE)
Stéatose hépatique :	<input type="checkbox"/> _____	0
Hépatite alcoolique < 1 mois :	<input type="checkbox"/> _____	1
Hépatite virale asymptomatique :	<input type="checkbox"/> _____	0
Cirrhose asymptomatique, sans complications :	<input type="checkbox"/> _____	1
Cirrhose avec complications ≥ 6 mois :	<input type="checkbox"/> _____	2
Cirrhose avec complications < 6 mois :	<input type="checkbox"/> _____	discussion

CONCLUSION :	
Critères de sévérité du sevrage ≤ 3	<input type="checkbox"/> admissible
OU	
Critères de sévérité du sevrage > 3	<input type="checkbox"/> discussion de cas avec infirmière senior ou médecin

TOTAL DE L'ANNEXE 1	
----------------------------	--

DATE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE _____



ANNEXE 2 – RELEVÉ DES ALLERGIES

Allergies	Identification	✓
ALIMENTAIRES	Acide citrique	
	Arachides	
	Fruits de mer	
	Glutamate monosodique	
	Lactose	
	Noix	
	Œufs	
	Poissons	
	Produits laitiers	
	Autre	
	Autre	
	Autre	

Allergies	Identification	✓
ENVIRONNEMENTALES	Arbres	
	Foin	
	Herbe à poux	
	Moisissures	
	Plumes	
	Poils d'animaux	
	Pollen	
	Poussière	
	Autre	
	Autre	
	Autre	
	Autre	

Allergies	Identification	✓
DE CONTACT	Cosmétiques	
	Déodorant	
	Détergent	
	Diachylon	
	Herbe à puce	
	Latex	
	Nickel	
	Parfum	
	Piqûre d'insectes	
	Tissus synthétiques	
	Autre	
	Autre	
	Autre	
	Autre	

Allergies	Identification	✓
MÉDICAMENTEUSES	AAS	
	Acétaminophène	
	Amoxicilline	
	Ampicilline	
	Bactrim	
	Cloxacilline	
	Codéine	
	Dibucaine	
	Garamycine	
	Gentamicine	
	Iode	
	Meperidine	
	Neosporin	
	Nupercainal	
	Pénicilline	
	Pentamycetin	
	Sepra	
	Sulfamide	
	Autre	
	Autre	

Prescription d'ÉPIPEN Oui
 Non

Intolérances :

DATE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE _____

Remettre à la secrétaire pour la saisie à SIC-SRD