



MISE À JOUR - ÉVALUATION INITIALE EN SOINS INFIRMIERS EN DÉPENDANCE

DOSSIER NO

USAGER

Nom

Évaluation initiale à notre centre. Date _____

Mise à jour remplie le _____

Sous-programme référent

Prénom

Homme

Femme

Âge

Mise à jour - allergies :

Aucun changement

Oui Remplissez l'annexe 2

CONSIGNES POUR REMPLIR CETTE ÉVALUATION

- Vous devez avoir avec vous le document « d'Évaluation initiale en soins infirmiers en dépendance » datant de moins de 3 mois
→ il est votre outil de référence comparatif.
- Cette évaluation vous permet d'établir les DIFFÉRENCES, les AJOUTS ou les RETRAITS de données.
- Votre document de référence obligatoire est « Critères d'admission aux services internes », octobre 2007,
→ vous devez évaluer si l'utilisateur est toujours admissible.
- Si consommation de dépresseurs du SNC a augmenté, vous devez refaire l'annexe 1.

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

MISE À JOUR - CONDITION PHYSIQUE ET MENTALE

1. PERCEPTION GÉNÉRALE DE L'USAGER

A) Depuis sa dernière évaluation, qu'est-ce que l'utilisateur a fait par rapport à sa consommation? Les résultats qu'il a obtenus?

B) Les PLUS grands changements observés par l'utilisateur depuis la dernière évaluation – **Faites ressortir les différences apportées par l'utilisateur sur les sujets qui avaient été évalués** (symptômes, sommeil, alimentation, comportement, mémoire, jugement, communication avec les autres, assumer ses AVQ-AVD, travail, etc... + condition physique)

C) État psychologique actuel?



MISE À JOUR - PROFIL MÉDICAMENTEUX

2. PROFIL MÉDICAMENTEUX (PHYSIQUE ET SANTÉ MENTALE)

- Profil revu avec l'utilisateur.
- Aucun changement à apporter
- Changements à noter pour :

3. SIGNES CLINIQUES OBSERVÉS PAR L'INFIRMIÈRE : (DIFFÉRENCE – AJOUT – RETRAIT)

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

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

MISE A JOUR – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

4. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Médecin consulté depuis la dernière évaluation : non oui Qui :

A) Raisons :

Décisions / Recommandations :

B) Démarches médicales à venir : non oui Dates des rendez-vous :

Lesquelles :

C) Informations complémentaires :



MISE À JOUR - ÉVALUATION DES RISQUES RELIÉS AU SEVRAGE

5. PROFIL DE CONSOMMATION (TOUTES SUBSTANCES)

5A. 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.

5B. STIMULANTS DU S.N.C.

Cocaine							---
Amphétamines (speed) (crystalmeth)							*

5C. PERTURBATEURS DU S.N.C.

Cannabis							---
Kétamine							Unité sevrage
Ecstasy							---

5D. 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.



MISE À JOUR - ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE ET RISQUE DU SEVRAGE

6. ÉVALUATION DU RISQUE ACTUEL DU SEVRAGE

REMP LISSEZ LA GRILLE DE SEVRAGE : ALCOOL ALCOOL/BENZO OPIACÉS

SIGNES VITAUX : TA : _____ POULS : _____ RÉG. IRR. T° : _____ RESP. : _____ CIWA-AR : _____

- Sevrage à risque de complications :

Types de psychotropes : R.O.H. Benzodiazépines 1/2 vie * GHB
C I L

Nombre d'heures/jours d'arrêt _____

* ½ vie : C = courte I = intermédiaire L = longue

- Sevrage sans risque de complications :

Types de psychotropes : Opiacés Cocaine Speed Cannabis Hallucinogènes

Nombre d'heures/jours d'arrêt : _____

Autres types de psychotropes : _____

Nombre d'heures/jours d'arrêt : _____

7. CONSULTATION

COTE TOTALE DE L'ANNEXE 1 : _____

Médecin consulté : NON OUI QUI : _____

Recommandations : _____

Infirmière expérimentée ou coordonnateur consulté : NON OUI QUI : _____

Recommandations : _____

- Sevrage à risque : léger modéré élevé

Justification : _____

- Sevrage à risque majeur : Référence en centre hospitalier

Justification : _____

- Aucun sevrage à risque anticipé :

Justification : _____

- Sevrage avec inconfort subjectif important :

Justification : _____

- Sevrage avec dysthymie anticipé :

Justification : _____

8. ORIENTATION : Sevrage Récupération Évaluation médicale

Réad. interne – Adulte Réad. interne – Jeunesse Autres _____

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 / Cocaïne, 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
<p>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></p>		
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 avec RX :	<input type="checkbox"/>	CH
ATCD convulsion sans RX < 12 heures d'arrêt :	<input type="checkbox"/>	CH
ATCD de convulsion, sans 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 sans RX :	<input type="checkbox"/>	discussion
ATCD de convulsion de sevrage avec 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	
	Septra	
	Sulfamide	
	Autre	
	Autre	

Prescription d'ÉPIPEN Oui
 Non

Intolérances :

DATE

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

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE _____

Remettre une photocopie à la secrétaire pour la saisie à SIC-SRD