

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ  
NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM  
Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## GRILLE DE SEVRAGE D'ALCOOL SELON CIWA-Ar

Admission : \_\_\_\_\_ aaaa-mm-jj Dernière consommation : \_\_\_\_\_ aaaa-mm-jj  
Type de produits : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_  
Particularités : Profil médical : ☐ Épilepsie ☐ Problèmes cardiaques ☐ Problèmes hépatiques  
Antécédents de sevrage : ☐ Hallucinoze ☐ Convulsions ☐ Delirium tremens  
Fréquence de la prise du CIWA-Ar : \_\_\_\_\_

| Se référer au verso pour les instructions détaillées de la grille de sevrage CIWA-Ar                                                                                                                                                                                                        |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| AAAA-MM                                                                                                                                                                                                                                                                                     | JJ                       | JJ                        | JJ                       | JJ                        | JJ                       | JJ                        | JJ                       | JJ                        | JJ                       | JJ                        |
| <b>Symptômes de sevrage</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 | hh:mm                    | hh:mm                     | hh:mm                    | hh:mm                     | hh:mm                    | hh:mm                     | hh:mm                    | hh:mm                     | hh:mm                    | hh:mm                     |
| <b>Nausées / vomissements (0 – 7) :</b> 0 – aucun;<br>1 – nausées légères, sans vomissement; 4 – nausées intermittentes; 7 – nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements                                                                                                     |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| <b>Tremblements (0 – 7) :</b> 0 – pas de tremblement;<br>1 – non visibles mais peuvent être perçus; 4 – modérés, l'usager ayant les bras étendus; 7 – sévères, sans les bras étendus                                                                                                        |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| <b>Sudations paroxystiques (0 – 7) :</b> 0 – pas de sueur visible;<br>1 – sueurs à peine perceptibles, paumes moites; 4 – front perlé de sueurs; 7 – trempé de sueurs                                                                                                                       |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| <b>Anxiété (0 – 7) :</b> 0 – calme, détendu;<br>1 – légèrement anxieux; 4 – modérément anxieux ou sur ses gardes; 7 – équivaut à un état de panique aigu                                                                                                                                    |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| <b>Agitation (0 – 7) :</b> 0 – activité normale;<br>1 – activité normale légèrement accrue; 4 – modérément nerveux et agité; 7 – agitation presque constante                                                                                                                                |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| <b>Troubles tactiles (0 – 7) :</b> 0 – aucun;<br>1 – très peu de sensations inhabituelles; 2 – peu de sensations inhabituelles; 3 – sensations inhabituelles; 4 – hallucinations modérées; 5 – hallucinations sévères; 6 – hallucinations extrêmement sévères; 7 – hallucinations continues |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| <b>Troubles auditifs (0 – 7) :</b> 0 – absents;<br>1 – très peu stridents; 2 – peu stridents; 3 – modérément stridents; 4 – hallucinations modérées; 5 – hallucinations sévères; 6 – hallucinations extrêmement sévères; 7 – hallucinations continues                                       |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| <b>Troubles visuels (0 – 7) :</b> 0 – absents;<br>1 – très peu sensible; 2 – peu sensible; 3 – modérément sensible; 4 – hallucinations modérées; 5 – hallucinations sévères; 6 – hallucinations extrêmement sévères; 7 – hallucinations continues                                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| <b>Céphalées (0 – 7) :</b> 0 – absentes;<br>1 – très légères; 2 – légères; 3 – modérées; 4 – modérément sévères; 5 – sévères; 6 – très sévères; 7 – extrêmement sévères                                                                                                                     |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| <b>Orientation (0 – 4) :</b> 0 – orienté;<br>1 – incertain de la date; 2 – erreur de date de 2 jours ou moins; 3 – erreur de date de plus de 2 jours; 4 – désorienté dans l'espace et / ou personnes                                                                                        |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| <b>Cote totale du CIWA-Ar</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| Médication PRN administrée / Voir FADM <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Signes vitaux / Voir Paramètres fondamentaux <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <b>INITIALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
| <b>SIGNATURE et TITRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>INITIALES</b>         | <b>SIGNATURE et TITRE</b> | <b>INITIALES</b>         | <b>SIGNATURE et TITRE</b> | <b>INITIALES</b>         | <b>SIGNATURE et TITRE</b> | <b>INITIALES</b>         | <b>SIGNATURE et TITRE</b> | <b>INITIALES</b>         | <b>SIGNATURE et TITRE</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |                          |                           |

Nom :

Prénom :

# Dossier :

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>NAUSÉES ET VOMISSEMENTS</b><br/>Demandez « Avez-vous mal au cœur ou des nausées? » Observez :<br/>0 Pas de nausée ou vomissement<br/>1 Nausées légères sans vomissement<br/>2<br/>3<br/>4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur<br/>5<br/>6<br/>7 Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements</p> <p><b>TREMBLEMENTS</b> – bras étendus, doigts écartés. Observez :<br/>0 Pas de tremblement<br/>1 Non visibles mais peuvent être perçus/sentis du bout des doigts<br/>2<br/>3<br/>4 Modérés, le patient ayant les bras étendus<br/>5<br/>6<br/>7 Sévères, sans les bras étendus</p> <p><b>SUEURS</b> – Observez :<br/>0 Pas de sueur visible<br/>1 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites<br/>2<br/>3<br/>4 Front perlé de sueurs<br/>5<br/>6<br/>7 Trempé de sueurs</p> <p><b>ANXIÉTÉ</b> – Demandez « Vous sentez-vous nerveux ? ». Observez :<br/>0 Calme, détendu<br/>1 Légèrement anxieux<br/>2<br/>3<br/>4 Modérément anxieux ou sur ses gardes (donc anxiété inférée)<br/>5<br/>6<br/>7 Équivaut à un état de panique aigu ayant une présentation similaire au délirium ou aux réactions schizophréniques aigües</p> <p><b>AGITATION</b> – Observez :<br/>0 Activité normale<br/>1 Activité normale légèrement accrue<br/>2<br/>3<br/>4 Modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient<br/>5<br/>6<br/>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)</p> <p><b>TROUBLES TACTILES</b> – 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 ou sous votre peau? » Observez :<br/>0 Aucun<br/>1 Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d’engourdissements</p> | <p><b>TROUBLES TACTILES</b> (suite)<br/>2 Peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d’engourdissements<br/>3 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou engourdissements<br/>4 Hallucinations modérément sévères<br/>5 Hallucinations sévères<br/>6 Hallucinations extrêmement sévères<br/>7 Hallucinations continues</p> <p><b>TROUBLES AUDITIFS</b> – Demandez : « Êtes-vous plus sensibles aux sons qui vous entourent? 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 :<br/>0 Absents<br/>1 Très peu stridents ou effrayants<br/>2 Peu stridents ou effrayants<br/>3 Modérément stridents ou effrayants<br/>4 Hallucinations modérément sévères<br/>5 Hallucinations sévères<br/>6 Hallucinations extrêmement sévères<br/>7 Hallucinations continues</p> <p><b>TROUBLES VISUELS</b> – 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 :<br/>0 Absents<br/>1 Très peu sensible<br/>2 Peu sensible<br/>3 Modérément sensible<br/>4 Hallucinations modérément sévères<br/>5 Hallucinations sévères<br/>6 Hallucinations extrêmement sévères<br/>7 Hallucinations continues</p> <p><b>MAUX DE TÊTE, TÊTE LOURDE</b> – 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 étou ou que votre tête va éclater? Avez-vous l’impression d’avoir une bande autour de la tête? »<br/>0 Absentes<br/>1 Très légères<br/>2 Légères<br/>3 Modérées<br/>4 Modérément sévères<br/>5 Sévères<br/>6 Très sévères<br/>7 Extrêmement sévères</p> <p><b>ORIENTATION PAR RAPPORT AU TEMPS, L’ESPACE ET AUX PERSONNES</b><br/>Demandez : « Quel jour sommes-nous? Quelle est la date? Où êtes-vous? Qui suis-je? »<br/>0 Orienté et peut additionner des nombres en série<br/>1 Ne peut additionner des nombres en série et est incertain de la date<br/>2 Erreur de date de 2 jours ou moins<br/>3 Erreur de date de plus de 2 jours<br/>4 Désorienté dans l’espace et / ou par rapport aux personnes</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Interprétation**

Score de 0 à 9 :

- Sevrage minimal très léger, ne nécessitant pas de traitement médicamenteux ni même des soins médicaux;
- Environ 7% des usagers ayant un tel score auront des complications s’ils ne sont pas traités;
- Il faut être prudent, surtout si l’usager a des antécédents de convulsions ou délirium de sevrage;
- L’utilisation de certains médicaments (e.g. bêtabloquants) peuvent diminuer le pointage du CIWA-Ar, sans réduire les risques de convulsions ou de délirium;
- Un trouble anxieux généralisé peut augmenter le score du CIWA-Ar de 5 points environ (Johnston et al., 1991).

Score de 10 à 19 :

- Sevrage modéré;
- L’usager aurait avantage à obtenir des soins médicaux et une évaluation clinique permettant de déterminer la médication appropriée;
- Le score plus grand que 15 multiplie par 4 le risque de sevrage sévère;
- Plus le score est élevé, plus le risque est grand.

Score de 20 à 24 :

- Sevrage modéré / sévère.

Score de 25 et plus :

- Sevrage avec possibilité d’apparition imminente de délirium tremens.

Référence : Adaptation de Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol Revised (Sullivan, Sykora, Schneigermant & al. 1989; Sullivan, Swift & Lewis 1991)