|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | Code à barres | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| installation : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ordonnances pharmaceutiques et médicales  protocole de sevrage alcoolique chez l’adulte (urgence, soins intensifs et unités de soins | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergies médicamenteuses1/intolérances1 : | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |
| **ANNÉE** | | | | | **MOIS** | | **JOUR** | | |  | | | | | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  | | h | | | | |  | | | Poids1: | | |  | kg | Taille1: |  | | | cm |
| **Date** | | | | | | | | | **Heure** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Si l’ordonnance est débutée avant 14 h, le jour 2 débutera à 0 h 00.  Si l’ordonnance est débutée après 14 h, le jour 2 débutera à 0 h 00 le surlendemain, donc le jour 1 durera plus de 24 h  OPI-DP-001 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sevrage** | | | **Léger** | | | | | | | | | **Modéré** | | | | | | | | **Grave** | | | | | **Très grave** | | | |
| **CIWA-Ar\*** | | | **moins que 8** | | | | | | | | | **8 - 15** | | | | | | | | **16 - 20** | | | | | **21 ou plus** | | | |
| Facteurs  de risque | | | Aucun | | | | | | | | | Aucun | | | | | | | | Antécédents de Delirium tremens,  Antécédents de convulsion de sevrage,  Consommation plus que 100 g/jour, (=10 consommations/jour)i trouble lié à l’usage de Gamma-hydroxybutyrate (GHB) | | | | |  | | | |
| **Prise en charge** | | | **Urgence/Unités de soins** | | | | | | | | | **Urgence/Unités de soins** | | | | | | | | **Urgence/Unités de soins** | | | | | **Consultation soins intensifs** | | | |
| Choix de molécule  **Lorazépam (Ativan)**  **NE PAS DONNER SI SOMNOLENT OU RYTHME RESPIRATOIRE INFÉRIEUR À 12/minute**  À privilégier si plus de 65 ans, maladie hépatique ou pulmonaire grave et/ou multiples comorbidités | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dose de charge | | | 1 mg PO stat | | | | | | | | | | 2 mg PO/IV 2 aux heures X 2 | | | | | | | 2 mg IV stat, puis 2 mg PO/IV 2  aux heures X 2 | | | | | | Xii | | |
| Dose régulière | | | J1 : 1 mg PO/Sublingual/SC q 6h  J2 : 1 mg PO/ Sublingual /SC q 8h  J3 : 1 mg PO/ Sublingual /SC q 12h | | | | | | | | | | **6 h post-charge (le cas échéant)**  J1 - 2 : 1 mg PO/ Sublingual /SC q 6h  J3 - 4 : 1 mg PO/ Sublingual /SC q 8h  J5 - 6 : 1 mg PO/ Sublingual /SC q 12h  J7 : 1 mg PO/ Sublingual /SC die | | | | | | | **2 h post-charge (le cas échéant)**  J1 - 2 : 2 mg PO/ Sublingual /SC q 6h  J3 - 4 : 2 mg PO/ Sublingual /SC q 8h  J5 - 6 : 1 mg PO/ Sublingual /SC q 8h  J7 - 8 : 1 mg PO/ Sublingual /SC q 12h  J9 - 10 : 1 mg PO/ Sublingual /SC HS PRN | | | | | | X | | |
| Entre-dose3 | | | 1 mg PO/Sublingual/SC q 1h PRN,  **si** fréquence cardiaque 100/minute ou plus  (valide X 6 jours) | | | | | | | | | | 1 mg PO/Sublingual/SC q 1h  PRN si CIWA-Ar 8 ou plus **ou** fréquence cardiaque 100/minute ou plus  (valide X 10 jours) | | | | | | | 2 mg PO/Sublingual/SC q 1h PRN  **si** CIWA-Ar 8 ou plus **ou**  fréquence cardiaque 100/minute ou plus pour 4 jours puis  1 mg PO/Sublingual/SC q 1h PRN  (valide X 13 jours) | | | | | | X | | |

***\* Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised***

1 Documenter dans le DCI-CAE (ARIANE) lorsque disponible

2 Favoriser prise PO si possible (IV si PO impossible). N.B. Bolus IV uniquement à l’urgence, à l’unité coronarienne ou aux soins intensifs.

3 Si prise d’entre-dose, évaluer CIWA-Ar 1 heure après.

Nom de l’usager : No dossier :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sevrage** | **Léger** | **Modéré** | | | | | **Grave** | | | **Très grave** | |
| **CIWA-Ar** | **moins que 8** | **8 - 15** | | | | | **16 - 20** | | | **21 ou plus** | |
| Facteurs  de risque | Aucun | Aucun | | | | | Antécédents de Delirium tremens,  Antécédents de convulsion de sevrage,  Consommation plus que 100 g/jour, (=10 consommations/jour)i trouble lié à l’usage de Gamma-hydroxybutyrate (GHB) | | |  | |
| Choix de molécule  **Diazépam (Valium)**  **NE PAS DONNER SI SOMNOLENT OU RYTHME RESPIRATOIRE INFÉRIEUR À 12/minute**  **À privilégier si** Antécédent de convulsion de sevrage ou de délirium tremens et/ou trouble lié à l’usage  de benzodiazépine ou de Gamma-hydroxybutyrate (GHB) | | | | | | | | | | | |
| Dose de charge | 5 mg PO stat | | 10 mg PO/IV 1stat | | | | 20 mg PO/IV 2 stat | | | | **X**ii |
| Dose  régulière | J1 : 5 mg PO q 6h  J2 : 2,5 mg PO q 6h | | **6 h post-charge (le cas échéant)**  J1-2 : 5 mg PO q 6h  J3-4 : 5 mg PO q 8h  J5-6 : 5 mg PO q 12h  J7 : 5 mg PO die | | | | **4 h post-charge (le cas échéant)**  J1-2 : 10 mg PO q 6h  J3-4 : 10 mg PO q 8h  J5-6 : 5 mg PO q 8h  J7-8 : 5 mg PO q 12h  J9-10 : 5 mg PO HS PRN | | | | **X** |
| Entre-dose3 | 5 mg PO q 3h PRN,  si fréquence cardiaque 100/minute ou plus  (valide X 5 jours) | | 5 mg PO q 1h  PRN, si CIWA-Ar 8 ou plus ou fréquence cardiaque 100/minute ou plus  (valide X 10 jours) | | | | 10 mg PO q 1h PRN  si CIWA-Ar 8 ou plus ou  fréquence cardiaque 100/minute ou plus pour 4 jours puis  5 mg PO/ Sublingual /SC q 1h PRN  (valide X 13 jours) | | | | **X** |
| Surveillance des signes vitaux et sédation 60 minutes après dose PO/sublingual et 15 minutes après  dose IV/Sublingual de benzodiazépine :  **ARRÊTER ADMINISTRATION ET AVISER MÉDECIN,** si pouls moins que 60/minute, rythme respiratoire inférieur à 10/minute,  saturation d’oxygène (SaO2) 92 % ou moins ou somnolence excessive | | | | | | | | | | | |
| Évaluation  CIWA-Ar4  (*respecter le sommeil*) | q 6h x 24 h  TID x 24 h  BID x 24 h  die x 24 h | | q 4h jusqu’à stabilisation (CIWA-Ar inférieur à 8 depuis 24 h) et reprise q 4h si récidive de symptômes | | | | q 2h jusqu’à stabilisation  (CIWA-Ar inférieur à 8 depuis 24h)  et reprise q 2h si récidive de symptômes  **Si progression du CIWA-Ar,**  **consultation aux soins intensifs** | | | | Consultation aux soins intensifs |
| **N.B.** : **Pour les usagers prenant des benzodiazépines** prescrites et prises régulièrement, represcrire benzodiazépine  à dose usuelle (en plus de la dose du protocole). | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  |  | | |
| Signature du médecin prescripteur | | | |  | Nom en caractère d’imprimerie | | |  | No de permis | | |
|  | | | | | | Numérisé le (année/mois/jour) : / / à h | | | | | |

2 Favoriser prise PO si possible (IV si PO impossible). N.B. Bolus IV uniquement à l’urgence, à l’unité coronarienne ou aux soins intensifs.

3 Si prise d’entre-dose, évaluer CIWA-Ar 1 heure après.

4 Si progression du CIWA-Ar après 2 entre-doses, aviser le médecin et represcrire le protocole, selon la nouvelle échelle de gravité.

Nom de l’usager : No dossier :

|  |
| --- |
| THIAMINE  **Évaluer si présence des critères suivants :**   * Signes de dénutrition * Anomalie oculaire (paralysie oculaire, nystagmus, anisocorie, trouble visuel) * Dysfonction cérébelleuse * Altération de l’état de conscience ou atteinte mnésique légère   **Si 2 critères ou plus**  Thiamine 500 mg IV q 8 h X 3 jours, puis 250 mg IV die X 5 jours, puis 100 mg PO TID X 2 semaines,  puis 100 mg PO die jusqu’au congé  **Si moins de 2 critères**  Thiamine 300 mg IV ou IM die X 3 jours, puis 100 mg PO TID X 2 semaines, puis 100 mg PO die  jusqu’au congé |
| **N.B. : Donner thiamine avant glucose** |
| **ACIDE FOLIQUE**  Pour la clientèle dénutrie ou ayant un sevrage grave à très grave principalement  1 mg PO die X 14 jours lorsque voie PO possible  **HYPNOTIQUE**  Trazodone 50 mg PO HS PRN  **ou**  Mélatonine 10 mg PO 2 h avant le coucher PRN  **ou**  Quétiapine 50 mg PO HS PRN (à dose faible, peu de risque de convulsions)  **Magnésium**  Hypomagnésémie à supplémenter PRN (à prescrire en ordonnance individuelle)  Voir protocole réplétion électrolytique adulte IV ou PO (OPI-NU-004)  Glycémie capillaire QID X 48 heures suggérées  **À ENVISAGER AU CONGÉ:**   * Thérapie de maintien du sevrage (naltrexone, gabapentine, acamprosate, topiramate) * Référence au Centre de réadaptation en dépendance de l’Estrie (CRDE) |
| **Notes :**  **i** Une consommation standard équivaut à 10-12 g d’alcool :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 43 mL (1,5 oz) | de spiritueux | (40 % d’alcool) | | 142 mL (5 oz) | de vin | (12 % d’alcool) | | 341 mL (12 oz) | de bière | (5 % d’alcool) | | 85 mL (3 oz) | de vin fortifié | (18 % d’alcool) |   **ii** Pour les sevrages très graves, en attente de transfert aux soins intensifs :  Diazépam 5 mg IV q 5 minutes X 2 et, si besoin, 10 mg IV q 5 minutes X 2, puis 20 mg IV q 5 minutes X 2   (*lit monitoré à l’urgence; surveillance respiratoire requise*).  **Doses équivalentes des benzodiazépines :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Agent** | **Dose équivalente** | **Début action** | **Durée action** | **Métabolisme** | | Lorazépam (AtivanMD) | 1 mg | Intermédiaire | Intermédiaire | Conjugaison  Aucun métabolite actif | | Diazépam (ValiumMD) | 5 mg | Rapide | Longue | Oxydation  Plusieurs métabolites actifs |   Les bêtabloquants ou la clonidine sont parfois nécessaires dans le traitement du sevrage alcoolique.  Les antipsychotiques devraient être évités, si possible, car ils diminuent le seuil convulsif.  **GROSSESSE ET ALLAITEMENT**   * Favoriser les benzodiazépines pour le traitement aigu et la thérapie de maintien du sevrage en externe * Topiramate est contre-indiqué en grossesse et en allaitement * Peu de données avec gabapentin et acamprosate en grossesse et allaitement |