

# DOCUMENT DE DEMANDE DU PROTOCOLE DE SEVRAGE AMBULATOIRE DE L'ALCOOL (P.S.A.A)

## Partie à compléter par le MEDECIN REFERENT

Patient : Nom Prénom Age

- Antécédents médicaux et chirurgicaux :
- Antécédents psychiatriques :
- Traitements en cours :
- Allergies connues :
- Autres addictions :
- Consommation Déclarée d'Alcool (CDA) par le patient en verre standard (VS) :
  - sur une journée : VS
  - sur une semaine : VS
- Le patient est dans une démarche de soin par rapport à sa consommation alcoolique et accepte de bénéficier d'un bilan addictologique ?
- Le patient ne présente pas de contre indication à un sevrage de l'alcool au domicile :

-Antécédent de sevrage complexe de l'alcool	OUI	/	NON
-Antécédent de crise comitiale	OUI	/	NON
-Etat physique précaire	OUI	/	NON
-Etat psychiatrique grave décompensé	OUI	/	NON
-Incapacité à se conformer à un protocole	OUI	/	NON
-Autres addictions (sauf tabac ou cannabis)	OUI	/	NON

**Document à adresser à :**  
**Secrétariat de l'Unité de Sevrage Ambulatoire**

**C.H. Esquirol CMP addictologie PUAL**

**15, rue du Dr Marcland**

**87025 LIMOGES CEDEX**

*(Sous pli avec la mention « confidentiel »)*

**Fax : 05.55.43.12.46**

**Téléphone secrétariat : 05.55.11.96.85** (ouverture du lundi au vendredi de 9h à 17h)

# DOCUMENT DE DEMANDE DU PROTOCOLE DE SEVRAGE AMBULATOIRE DE L'ALCOOL (P.S.A.A)

## Partie à compléter par le PATIENT

---

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone personnel :

Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- Jamais    Une fois par mois    2 à 3 fois par mois  
 2 à 3 fois par semaine    4 fois ou plus par semaine

Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2    3 ou 4    5 ou 6    7 à 9    10 ou plus

Combien de fois vous arrive-t-il de boire 4 verres standard ou davantage au cours d'une même occasion ?

- Jamais    Moins d'une fois par mois    Une fois par mois  
 Une fois par semaine    Chaque jour ou presque

Motivation pour arrêter votre consommation d'alcool ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
nul max

J'ai confiance dans la réussite du projet d'arrêter ma consommation d'alcool ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
nul max

J'ai besoin d'être mieux informé sur le sevrage en alcool et la maladie alcoolique ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
nul max

Je confirme qu'une tierce personne peut se montrer disponible auprès de moi pendant toute la durée du sevrage (7 jours) : **OUI / NON**

(L'absence d'un tiers disponible pendant la durée du sevrage au domicile contre indique le PSAA)

**LE SECRETARIAT D'ADDICTOLOGIE VOUS CONTACTERA AFIN DE CONVENIR D'UN RENDEZ-VOUS AU C.H. ESQUIROL/ UNITE DE SEVRAGE AMBULATOIRE**