

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

Signes physiques en lien avec le manque de l'alcool (tremblements, sueurs, nausées....)?

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

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

Une tierce personne peut se montrer disponible auprès de moi pendant toute la durée du sevrage (7 jours) : OUI / NON

LE SECRETARIAT DE L'UNITE DE SEVRAGE EN AMBULATOIRE VOUS CONTACTERA AFIN DE CONVENIR D'UN RENDEZ-VOUS.