



☐ HME
MCH ☒ HGM
MGH ☒ HRV
RVH ☒ HNM
MNH ☒ ITM
MCI ☒ CL
LC

**Sevrage éthanol**
Unité de soinsEthanol Withdrawal
Inpatients units

Page 1 de / of 3

ALLERGIES : _____

► Veuillez signer et envoyer les pages 1 et 3 à Pharmacie / Please sign and send pages 1 and 3 to Pharmacy ◀

Poids / Weight (kg): _____ Taille / Height (cm): _____ Indice de masse corporelle / BMI: _____

Initiales du prescripteur Pour chaque ordonnance Prescriber's Initials for each order	ORDONNANCE DU PRESCRIPTEUR / PRESCRIBER'S ORDERS				Initiales de l'infirmier (ère) notées Nurse's initials noted						
	☐ FSC / CBC X1 OR _____ ☐ CHEM 7 / SMA7, Magnesium and, Calcium quotidien / daily OR _____ ☐ Autre / Other: _____ Prescripteur doit prescrire dans OACIS / Prescriber to order in OACIS										
	Vérifiez glycémie QID. Si le taux de glucose est supérieur à 7 mmol/L informer le prescripteur Check capillary glycemia QID. If glucose level is greater than 7 mmol/L notify prescriber										
	☐ Multivitamines 1 comprimé PO une fois par jour / Multivitamins 1 tab PO daily OU / OR ☐ Replavite 1 comprimé PO q HS (SI PATIENT SUR HÉMODIALYSE) Replavite 1 tab PO q HS (IF PATIENT ON HEMODIALYSIS)										
	Acide folique 5 mg PO une fois par jour / Folic acid 5 mg PO daily										
	<table border="1"><tr><td>Si poids moins de If weight less than: 45 kg:</td><td>☐ Vitamine B1 100 mg IV par jour pendant 3 jours, puis vitamine B1 100 mg PO par jour Vitamin B1 100 mg IV daily for 3 days, then vitamin B1 100 mg PO daily</td></tr><tr><td>Si poids entre if weight between: 45 kg et / and 100 kg:</td><td>☐ Vitamine B1 300 mg IV par jour pendant 3 jours, puis vitamine B1 100 mg PO par jour Vitamin B1 300 mg IV daily for 3 days, then vitamin B1 100 mg PO daily</td></tr><tr><td>Si poids plus de if weight over: 100 kg:</td><td>☐ Vitamine B1 500 mg IV par jour pendant 3 jours, puis vitamine B1 100 mg PO par jour Vitamin B1 500 mg IV daily for 3 days, then vitamin B1 300 mg PO daily</td></tr></table>				Si poids moins de If weight less than: 45 kg:	☐ Vitamine B1 100 mg IV par jour pendant 3 jours, puis vitamine B1 100 mg PO par jour Vitamin B1 100 mg IV daily for 3 days, then vitamin B1 100 mg PO daily	Si poids entre if weight between: 45 kg et / and 100 kg:	☐ Vitamine B1 300 mg IV par jour pendant 3 jours, puis vitamine B1 100 mg PO par jour Vitamin B1 300 mg IV daily for 3 days, then vitamin B1 100 mg PO daily	Si poids plus de if weight over: 100 kg:	☐ Vitamine B1 500 mg IV par jour pendant 3 jours, puis vitamine B1 100 mg PO par jour Vitamin B1 500 mg IV daily for 3 days, then vitamin B1 300 mg PO daily	
Si poids moins de If weight less than: 45 kg:	☐ Vitamine B1 100 mg IV par jour pendant 3 jours, puis vitamine B1 100 mg PO par jour Vitamin B1 100 mg IV daily for 3 days, then vitamin B1 100 mg PO daily										
Si poids entre if weight between: 45 kg et / and 100 kg:	☐ Vitamine B1 300 mg IV par jour pendant 3 jours, puis vitamine B1 100 mg PO par jour Vitamin B1 300 mg IV daily for 3 days, then vitamin B1 100 mg PO daily										
Si poids plus de if weight over: 100 kg:	☐ Vitamine B1 500 mg IV par jour pendant 3 jours, puis vitamine B1 100 mg PO par jour Vitamin B1 500 mg IV daily for 3 days, then vitamin B1 300 mg PO daily										
	Nom en lettres moulées Name in print letters	Signature	N° Permis License No.	Heure / Time 00:00	Date AAYY/MM/JD						
Prescripteur Prescriber											
	Nom en lettres moulées et/ou numéro de permis Name in print and/or license number		Initiales Initials	Heure / Time 00:00	Date AAYY/MM/JD						
Infirmier(ère) Nurse											
Pharmacien(ne) Pharmacist											

RECTO



FMU-3678

Sevrage éthanol
Unité de soins

Page 2 de / of 3

Ethanol Withdrawal
Inpatients units

ALLERGIES : _____

Poids / Weight (kg): _____ **Taille / Height (cm):** _____ **Indice de masse corporelle / BMI** _____

Initiales du prescripteur Pour chaque ordonnance Prescriber's Initials for each order	ORDONNANCE DU PRESCRIPTEUR / PRESCRIBER'S ORDERS	Initiales de l'infirmier (ère) notées Nurse's initials noted																														
Surveillance / Monitoring																																
- Effectuer CIWA- modifié et signes vitaux q 4 heures et PRN JUSQU'à ce que CIWA-Ar modifié soit inférieur à 6 pendant 24 heures OU lorsque les symptômes de sevrage (nausée / vomissement, diaphorèse, tremblements, anxiété) sont résolus. - Si le score CIWA- modifié est 13 ou plus: AVISER LE MÉDECIN IMMÉDIATEMENT, IL DOIT Y AVOIR UNE CONSULTATION AVEC LES SOINS INTENSIFS. En attendant le transfert, administrer les médicaments PRN. - Si le score CIWA- modifié se maintient entre 7-12 après quatre mesures consécutives, en informer immédiatement le médecin traitant. Après chaque dose de benzodiazépine administrée: - Surveiller le niveau de sédation q1 heure x4 , si le score est inférieur à -2 sur l'échelle de vigilance et d'agitation Richmond, aviser le médecin immédiatement, arrêter ordonnance pré-imprimée (OPI) ET - Signes vitaux q 1heure x4 , si fréquence respiratoire (FR) moins de 10, aviser le médecin immédiatement, arrêter l'OPI ET - Surveiller les signes et les symptômes de délirium trémens (agitation, confusion globale, désorientation, hallucinations, fièvre, hypertension, diaphorèse et hyperactivité autonome (tachycardie et hypertension). Si des signes de délirium trémens sont présents, aviser immédiatement le médecin - Perform modified CIWA-modified and vital signs q 4 hours and PRN UNTIL modified CIWA-Ar is less than 6 for 24 hours OR when withdrawal symptoms (nausea/vomiting, diaphoresis, tremor, anxiety) have resolved. - If modified CIWA-modified is more than 13: NOTIFY PHYSICIAN IMMEDIATELY, NEEDS ICU CONSULTATION. While awaiting transfer, administer PRN medications. - If modified CIWA-modified score remains between 7-12 after four consecutive measures notify treating physician immediately. After every dose of Benzodiazepines given: - Monitor level of sedation q1 hour x 4, if score less than -2 on Richmond agitation sedation scale, notify physician immediately, stop pre-printed order (PPO) AND - Vital signs q1hour x 4, if respiration rate (RR) less than 10, notify physician immediately, stop PPO AND - Monitor for signs and symptoms of delirium tremens (agitation, global confusion, disorientation, hallucinations, fever, hypertension, diaphoresis, and autonomic hyperactivity (tachycardia and hypertension). If signs of delirium tremens are present, notify physician immediately																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> Nom en lettres moulées Name in print letters </td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> Signature </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> N° Permis License No. </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> Heure / Time 00:00 </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> Date AAYY/MM/JD </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Prescripteur <i>Prescriber</i> </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> Nom en lettres moulées et/ou numéro de permis Name in print and/or license number </td> <td style="text-align: center;"> Initiales Initials </td> <td style="text-align: center;"> Heure Time 00:00 </td> <td style="text-align: center;"> Date AAYY/MM/JD </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Infirmier(ère) Nurse </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Pharmacien(ne) Pharmacist </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Nom en lettres moulées Name in print letters	Signature	N° Permis License No.	Heure / Time 00:00	Date AAYY/MM/JD	Prescripteur <i>Prescriber</i>						Nom en lettres moulées et/ou numéro de permis Name in print and/or license number			Initiales Initials	Heure Time 00:00	Date AAYY/MM/JD	Infirmier(ère) Nurse						Pharmacien(ne) Pharmacist					
	Nom en lettres moulées Name in print letters	Signature	N° Permis License No.	Heure / Time 00:00	Date AAYY/MM/JD																											
Prescripteur <i>Prescriber</i>																																
Nom en lettres moulées et/ou numéro de permis Name in print and/or license number			Initiales Initials	Heure Time 00:00	Date AAYY/MM/JD																											
Infirmier(ère) Nurse																																
Pharmacien(ne) Pharmacist																																

VERSO



FMU-3678

Sevrage éthanol
Unité de soins
Ethanol Withdrawal
Inpatients units

Page 3 de / of 3

ALLERGIES : _____

► Veuillez signer et envoyer les pages 1 et 3 à Pharmacie / Please sign and send pages 1 and 3 to Pharmacy ◀

Poids / Weight (kg): _____

Taille / Height (cm): _____

Indice de masse corporelle / BMI: _____

Initiales du prescripteur Pour chaque ordonnance Prescriber's Initials for each order		ORDONNANCE DU PRESCRIPTEUR / PRESCRIBER'S ORDERS				Initiales de l'infirmier(ère) notées Nurse's initials noted		
► Pour le score CIWA- modifié entre 0-6 ET fréquence cardiaque (FC) supérieure à 100 bpm OU ► Score CIWA- modifié supérieur à 6				► For CIWA-modified score 0-6 AND heart rate (HR) greater than 100 bpm OR ► For CIWA-modified score more than 6				
		Cirrhose avancée ou décompensée Advanced or decompensated cirrhosis		PAS de cirrhose avancée ou décompensée NO advanced or decompensated cirrhosis				
		Sous opioïdes ou dépresseurs du SNC On opioids or CNS depressants		PAS d'opioïdes ou dépresseurs du SNC NOT on opioids or CNS depressants				
		Moins de 75 ans Less than 75 years		☐ Lorazepam 1 mg PO q1h PRN x 7 jours / days				
		75 ans et plus 75 years and more		☐ Lorazepam 0.5 mg PO q1h PRN x 7 jours / days				
		☐ Lorazepam 2 mg PO q1h PRN x 7 jours / days		☐ Lorazepam 1 mg PO q1h PRN x 7 jours / days		☐ Diazepam 5 mg PO q1h PRN x 7 jours / day		
		☐ Lorazepam 1 mg PO q1h PRN x 7 jours / days		☐ Lorazepam 1 mg PO q1h PRN x 7 jours / days		☐ Diazepam 10 mg PO q1h PRN x 7 jours / days		
		☐ Lorazepam 1.5 mg PO q1h PRN x 7 jours / days		☐ Lorazepam 1.5 mg PO q1h PRN x 7 jours / days		☐ Lorazepam 1.5 mg PO q1h PRN x 7 jours / days		
SNC / CNS: Système nerveux central / Central nervous system Dépresseurs du SNC / CNS depressants (<i>Liste non exhaustive / Non exhaustive list</i>): Anxiolytiques / Anxiolytics (e.g. benzodiazépines / benzodiazepines) Relaxants musculo-squelettiques / Musculo-skeletal relaxants (e.g. methocarbamol, baclofen, cyclobenzaprine), Antipsychotiques / Antipsychotics (e.g. halopéridol/ haloperidol, olanzapine, prochlorpérazine/prochlorperazine), Antidépresseurs / Antidepressants (e.g. amitriptyline, venlafaxine, citalopram, trazodone), Anticonvulsivants / Anticonvulsants (e.g. carbamazépine / carbamazepine, phénytoïne / phenytoin, valproic acid, phenobarbital, gabapentin, prégabaline / pregabalin) Autres médicaments sédatifs / Other sedative drugs (e.g. diméthylDRINATE, diphenhydrAMINE, hydroxyzine). Zolpidem, zopiclone								
Prescripteur Prescriber		Nom en lettres moulées Name in print letters		Signature		N° Permis License No.	Heure / Time 00:00	Date AAYY/MM/JD
Infirmier(ère) Nurse		Nom en lettres moulées et/ou numéro de permis Name in print and/or license number				Initiales Initials	Heure / Time 00:00	Date AAYY/MM/JD
Pharmacien(ne) Pharmacist								