

Exemple de plan de gestion de l'alcool et d'accord du client

Renseignements du client	
Nom :	Numéro de téléphone :
Date de naissance :	Numéro d'assurance-maladie :
Objectifs identifiés du client	
<input type="checkbox"/> _____	
Remarque : Si le client choisit comme objectif une réduction de la consommation, un traitement du TUA ou une gestion du sevrage, il doit être mis en relation avec un membre du personnel médical spécialisé dans le traitement des troubles de l'usage de substance.	
Plan de gestion de l'alcool	
Type de boisson : Vin Dosage ¹ : _____	Dose journalière totale : _____
Type de boisson : Bière Dosage : _____	
Type de boisson : Autre (_____) Dosage : _____	
Exemple de programme de consommation d'alcool : 1 verre toutes les _____ heures	
Fréquence de distribution au client (p. ex., tous les jours à 9 h) : _____	
Plan si le client est en sevrage ou n'a plus d'alcool : _____	

Calendrier des bilans de soins primaires de routine (p. ex., toutes les semaines) : _____	

1 Inscrivez le dosage prévu pour chaque type de boisson en nombre de verres standard. Un verre standard correspond à 43 mL (1,5 oz) de vodka, une canette de 355 mL de bière à 5 % ou 142 mL (5 oz) de vin à 12 %

Document d'orientation opérationnelle national

Programmes de gestion de l'alcool

- L'enseignement d'une consommation plus sécuritaire a été assuré
- Les options de pharmacothérapie ont été évoquées, lorsque c'est possible

Finances (le cas échéant)

Contribution du client : _____

Plan de gestion de l'argent : _____

Commentaires

Accord du client

1. **J'accepte de recevoir de l'alcool contrôlé**, tel que décrit ci-dessus. Ce plan inclut les types et quantités d'alcool ainsi que le programme indiquant à quel moment je recevrai l'alcool.
2. Avant de recevoir l'alcool, le personnel procèdera à une **vérification de mon bien-être** pour voir si je présente des signes d'ivresse excessive.
3. Je comprends que **je ne recevrai pas d'alcool si je suis trop ivre** au moment de la distribution.
4. J'accepte de ne pas **participer à d'autres PGA et de ne pas chercher d'autres sources d'alcool** en dehors du PGA. Si j'ai des questions à propos de mon dosage, j'en discuterai avec le fournisseur du programme. J'accepte de ne pas partager mon alcool avec les autres.
5. Je peux **demandeur de l'aide au personnel** si j'ai besoin d'aide pour ma nourriture, mes médicaments, la communication avec ma famille, etc.
6. Le personnel et moi réaliserons un **contrôle régulier de ma santé**, de ma consommation d'alcool et de la nécessité ou non d'ajuster le plan.

- Je suis d'accord pour être contacté afin de discuter de la future recherche sur la gestion de l'alcool
- Je ne souhaite pas que mes dossiers administratifs soient utilisés à des fins d'évaluation

Nom du client : _____ Signature du client : _____