

Score CIWA

Nom du patient : Date :
Heure : FC :/min TA :mmHg

Nausées/vomissements. « Vous sentez-vous mal ? Avez-vous vomi ? ». Observation.

- 0 pas de nausées, pas de vomissements
- 1 nausées légères, sans vomissement
- 4 nausées intermittentes avec efforts de vomissement
- 7 nausées constantes, avec efforts de vomissement et vomissements fréquents

Trémor. Bras tendus et doigts écartés. Observation.

- 0 pas de trémor
- 1 trémor non visible mais perceptible au contact du bout des doigts
- 4 trémor modéré, bras en extension
- 7 trémor sévère, même avec bras non-tendus

Transpiration. Observation.

- 0 pas de transpiration visible
- 1 transpiration à peine visible, mains moites
- 4 transpiration visible sur le front
- 7 transpiration profuse

Anxiété. « Vous sentez-vous nerveux ? ». Observation.

- 0 pas d'anxiété, à l'aise
- 1 anxiété légère
- 4 anxiété modérée, contenue.
- 7 état de panique sévère comme lors de délirium tremens ou de psychose aiguë

Agitation. Observation.

- 0 aucune
- 1 activité motrice légèrement augmentée
- 4 agitation modérée, activité motrice incessante, continue
- 7 état d'agitation motrice constant, mouvements d'avant en arrière durant la plus grande partie de l'interview.

Troubles tactiles.

« Avez-vous des démangeaisons, des picotements, des fourmillements, des sensations de brûlure, une perte de la sensibilité tactile ou avez-vous l'impression que des petites bêtes se baladent sur ou sous votre peau ? ». Observation.

- 0 aucun
- 1 démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité très légers
- 2 démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité légers
- 3 démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité modérés
- 4 hallucinations modérées
- 5 hallucinations sévères
- 6 hallucinations très sévères
- 7 hallucinations continues

Troubles auditifs.

« Etes-vous davantage conscient des bruits autour de vous ? Sont-ils désagréables ? Vous effraient-ils ? Entendez-vous certains bruits qui vous perturbent ? Entendez-vous des choses dont vous savez pertinemment qu'elles ne peuvent pas être entendues ? ».

Observation

- 0 aucun
- 1 bruit désagréables, effrayants, à peine audibles
- 2 bruits désagréables, effrayants très légers
- 3 bruits désagréables, effrayants modérés
- 4 hallucinations modérées à sévères
- 5 hallucinations sévères
- 6 hallucinations très sévères
- 7 hallucinations continues

Troubles visuels.

« La lumière vous semble-t-elle trop claire ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous troublent, vous dérangent ? Voyez-vous des choses dont vous savez pertinemment qu'elles ne peuvent pas être vues ? ».

Observation.

- 0 aucun
- 1 sensibilité très légère
- 2 sensibilité légère
- 3 sensibilité modérée
- 4 hallucinations modérées à sévères
- 5 hallucinations sévères
- 6 hallucinations très sévères
- 7 hallucinations continues

Maux de tête, tête lourde.

« Avez-vous dans votre tête des sensations différentes ? Avez-vous l'impression qu'une bande serre votre tête ? » Ne pas prendre en compte de légers vertiges.

- 0 aucun
- 1 troubles très légers
- 2 troubles légers
- 3 troubles modérés
- 4 troubles modérés à sévères
- 5 troubles sévères
- 6 troubles très sévères
- 7 troubles extrêmement sévères

Désorientation dans le temps, l'espace et sur la personne.

« Quel jour sommes-nous ? Qui êtes-vous ? Qui suis-je ? »

- 0 orienté + capable de faire une série d'additions
- 1 incapable de faire une série d'additions et n'est pas sûr sur la date d'aujourd'hui
- 2 désorienté dans le temps (max. 2 jours)
- 3 désorienté dans le temps (plus de 2 jours)
- 4 désorienté dans l'espace et/ou sur la personne.