

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

Nome: _____ Data: _____

Pulso ou FC: _____ PA: _____ Hora: _____

1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?

0

Não

1

Náusea leve e sem vômito

4

Náusea recorrente com ânsia de vômito

7

Náusea constante, ânsia de vômito e vômito

2

Leve

3

Moderado

6

Extremamente graves

7

Contínua

2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:

0

Não

1

Não visível, mas sente

4

Moderado, com os braços estendidos

7

Severo, mesmo com os braços estendidos

3. Sudorese:

0

Não

4

Facial

7

Profusa

4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?

Código da questão 8

5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?

6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?

0

Não

1

Muito leve

4

Alucinações moderadas

5

Alucinações graves

7. Você se sente nervoso (a)? (observação)

0

Não

1

Muito leve

4

Leve

7

Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?

8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?

0

Não

1

Muito leve

2

Leve

3

Moderado

4

Moderado / grave

5

Grave

6

Muito grave

7

Extremamente grave

9. Agitação: (observação)

0

Normal

1

Um pouco mais que a atividade normal

4

Moderadamente

7

Constante

10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)

0

Orientado

1

Incerto sobre a data, não responde seguramente

2

Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias

3

Desorientado com a data, com mais de 2 dias

4

Desorientado com o lugar e pessoa

Escore _____