



--	--	--	--	--

No. dossier

Date:

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

Année Mois Jour

Nom: _____ Prénom: _____

(facultatif)

Âge :

--	--

Sexe : Garçon Fille

Quel est ton niveau scolaire actuel?

- Secondaire I
- Secondaire II
- Secondaire III
- Secondaire IV
- Secondaire V
- Autre niveau _____

préciser

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ? (noircir une seule réponse par produit)

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours	Réservé à l'usage de l'intervenant		
							Facteur 1 = alcool et cannabis	Facteur 2 = autres drogues	Facteur 3 = conséquences
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cannabis (ex.: mari, pot, haschich, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cocaïne (ex.: coke, snow, crack, freebase, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colle/solvant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Opiacés, préciser:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Opiacés non prescrits <input type="radio"/> Héroïne									
<input type="radio"/> Autres									
Amphétamines/speed (ex.: upper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres, préciser:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> GHB <input type="radio"/> Autres médicaments*									
<input type="radio"/> Autres									

* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans prescription : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ? Oui → **Passez à 2b** Non → **Passez à 3**

(1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement de l'alcool?

--	--

(1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

..... une ou des drogues?

--	--

Ans

Ans

3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ? (noircir la réponse) Oui Non

Si à la question 1, tu n'as consommé aucun des produits mentionnés, → passe à la question 7

4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours? Oui Non

5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris:

a) Garçon

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois

ii) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois

b) Fille

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois

*Réservé à l'usage
de l'intervenant*

6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ? (noircir la réponse)

Oui Non

- a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex.: problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.).....
- b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.).....
- c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille.....
- d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse.....
- e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.).....
- f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue.....
- g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.).....
- h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.).....
- i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi.....
- j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant.....

7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois ? (noircir une seule réponse)

- Pas consommé
- À l'occasion
- Une fois par mois environ
- La fin de semaine ou une à deux fois par semaine
- 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours
- Tous les jours

SCORES BRUTS FACTORIELS

SCORE TOTAL

Signature de l'intervenant(e)

*Entourez le FEU
correspondant*

V J R