



--	--	--	--	--

No. dossier

Date:

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

Année Mois Jour

Nom: _____ Prénom: _____

Âge :

--	--

 (facultatif)

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)

--	--

Ans

..... une ou des drogues?

--	--

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

La fin de semaine ou une à deux fois par semaine

À l'occasion

3 fois et + par semaine mais pas tous les jours

Une fois par mois environ

Tous les jours

SCORES BRUTS FACTORIELS

SCORE TOTAL

Signature de l'intervenant(e)

*Entourez le FEU
correspondant*

V J R