

AUTRE SUBSTANCE 2

- Cannabis Amphétamines Cocaine GHB
 Méd. sédatifs Hallucinogènes Opioides Autre: _____
 Aucune consommation

7 derniers jours		Hier	avant-hier	Il y a...				
				...3 jours	...4 jours	...5 jours	...6 jours	...7 jours
Force de vos envies en général	Extrêmement	10	<input type="radio"/>					
		9	<input type="radio"/>					
		8	<input type="radio"/>					
		7	<input type="radio"/>					
		5	<input type="radio"/>					
		4	<input type="radio"/>					
		6	<input type="radio"/>					
		3	<input type="radio"/>					
		2	<input type="radio"/>					
		1	<input type="radio"/>					
	Pas du tout	0	<input type="radio"/>					
Nombre unités personnelles			<input type="text"/>					
Consommation:	Élevée		<input type="radio"/>					
	Modérée		<input type="radio"/>					
	Légère		<input type="radio"/>					
	Aucune		<input type="radio"/>					

Modes de consommation

oral

nasal

fumé

injecté

rectal

peau

sublingual

2. Pour toutes les substances, noter si votre consommation a changé ou non depuis 7 jours...

	Consommé depuis 7 jours?	Diminué			Maintenu	Augmenté	Nouvelle conso.
		<input type="radio"/>					
Alcool (bière, vin, spiritueux, fort)	<input type="radio"/> ➔	<input type="radio"/>					
Cannabis (marijuana, haschich, huile, cire)	<input type="radio"/> ➔	<input type="radio"/>					
Médicaments sédatifs (Ativan®, Valium®, Xanax®)	<input type="radio"/> ➔	<input type="radio"/>					
Amphétamines (méthamphé., speeds, Concerta®, Ritalin®)	<input type="radio"/> ➔	<input type="radio"/>					
Opioides (morphine, hydromorphone, codéine, lean)	<input type="radio"/> ➔	<input type="radio"/>					
Hallucinogènes (MDMA, LSD, Champignons)	<input type="radio"/> ➔	<input type="radio"/>					
Cocaine (coke, crack, freebase)	<input type="radio"/> ➔	<input type="radio"/>					
GHB (jus, GH)	<input type="radio"/> ➔	<input type="radio"/>					
Autres: _____	<input type="radio"/> ➔	<input type="radio"/>					

3. Avez-vous changé votre prise de médication sans avis médical (posologie ou façon de le prendre)?

- Oui
 Non
 N/A

4. Avez-vous utilisé du matériel de consommation ayant servi à d'autres ou non stérile?

- Oui
 Non
 N/A

5. Indiquer, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti depuis 7 jours.¹

	Jamais (0)	De temps en temps (1)	Moins de la moitié du temps (2)	Plus de la moitié du temps (3)	La plupart du temps (4)	Tout le temps (5)
a. Je me suis senti bien et de bonne humeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Je me suis senti calme et tranquille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Je me suis senti plein d'énergie et vigoureux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Je me suis réveillé en me sentant frais et dispos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total (a à e) x 4						<input type="text"/>

6. Depuis 7 jours, jusqu'à quel point cela a été important pour vous de débiter ou de poursuivre le changement?

Pas du tout	Un peu			Moyennement			Beaucoup			Extrêmement
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

¹ WHO Collaborating Centre in Mental Health. (1999). Indice (en cinq points) de bien-être de l'OMS. Danemark