

Prénom, nom de la personne

Date de naissance

Genre

Année

Mois

Jour

Féminin

Masculin

Nonbinaire

Autre

Préfère ne pas répondre

Date de l'entrevue

No. dossier:

Numéro de téléphone

Année

Mois

Jour

Au cours des 12 derniers mois...

Une consommation standard (CS) d'alcool équivaut à :

1 bière 341 ml (5%), 1 1/2 once (43 ml) d'alcool fort (40%), 1 coupe de vin (13% / 750 ml = 6 CS)

1. a. Fréquence d'usage d'alcool?

- Jamais
- Une fois
- Quelquefois
- Tous les mois
- 1 à 2 fois / sem.
- Plusieurs fois / sem.
- Tous les jours

b. Combien de consommations d'alcool buvez-vous généralement à chaque jour dans une semaine habituelle de consommation? Noter en CS.

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche **Total**

c. Nombre de fois ...4+ CS - femme ou ...5+ CS - hommes en 2 heures ou moins?

2.1 Fréquence d'usage de...

a. Cannabis (ex.: marijuana, haschich, huile, cire, cannabinoïdes synth.)

b. Médicaments sédatifs (Ativan®, Valium®, Rivotril®, Xanax®)

c. Amphétamines (ex.: Speeds, Méthamphétamines, Vyvanse®, Ritalin®)

d. Opiïdes (ex.: Dilaudid®, hydro, morphine, héroïne, codéïne, lean)

e. Cocaïne (ex.: coke, crack, freebase, poudre)

f. Hallucinogènes (ex.: MDMA, LSD, Champignons)

g. GHB (jus, GH, GBL)

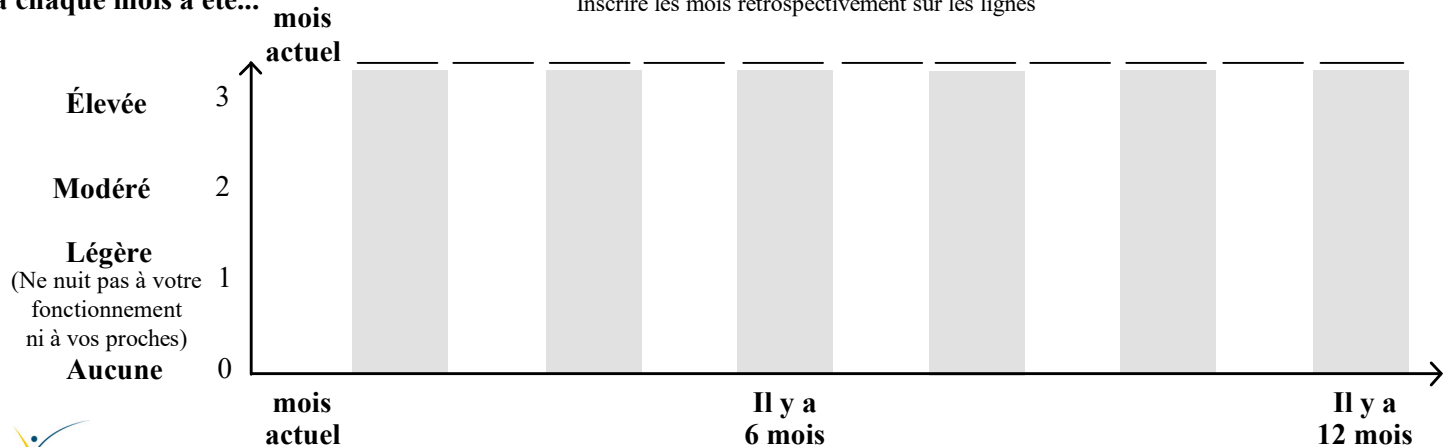
h. Autres (ex.: Solvants volatils, Kétamine, PCP, Stéroïdes anabolisants)

	Jamais	Une fois	Quel que fois	Tous les mois	1 à 2 fois sem.	Plusieurs fois sem.	Tous les jours	2.2 Modes de consommation					3. a. Prenez-vous uniquement des médicaments prescrits pour vous?		3. b. Si oui, respectez-vous la posologie?		
								Oral	Nasal	Fumé	Injecté	Autre	Oui	Non	Oui	Non	
a. Cannabis																	
b. Médicaments sédatifs																	
c. Amphétamines																	
d. Opiïdes																	
e. Cocaïne																	
f. Hallucinogènes																	
g. GHB																	
h. Autres																	

Si un médicament **est prescrit pour la personne** et que la **posologie est respectée**, ne plus questionner sur ce médicament.

4. En pensant à toutes les substances que vous avez consommées au cours des 12 derniers mois, votre consommation à chaque mois a été...

Inscrire les mois retrospectivement sur les lignes



Pas du tout	Un peu			Moyennement	Beaucoup	Extrêmement				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jamais	1 fois	Quelques fois		Plusieurs fois		Souvent	Toujours			

Si la personne a consommé tous les mois ou plus ou si vous soupçonnez qu'elle a des difficultés avec un ou des groupes de substances, poursuivre le questionnaire pour ces groupes de substances.

Autres drogues et médicaments psychotropes

5. ÉCo-SPA / Conséquences

Depuis 12 mois, votre consommation de _____

- a. a nui à vos responsabilités ou à vos engagements ?.....
- b. a nui à votre humeur (déprimé·e, stressé·e, fâché·e, autres) ?.....
- c. a nui à vos activités sociales, sportives ou de loisir ?.....
- d. a nui à vos finances ?.....
- e. vous a amené à vous isoler ?.....
- f. vous a amené à perdre de la motivation ou de l'intérêt?
- g. vous a amené de l'épuisement ou une grande fatigue?

Alcool

Cannabis

6. EDép-SPA / Dépendance

Depuis 12 mois, vous avez...

- a. été inquiet·e à l'idée de manquer de _____ ?.....
- b. eu des envies très fortes de prendre de _____ ?.....
- c. eu de la difficulté à limiter votre consommation de _____ ?.....
- d. eu de la difficulté à passer à travers vos journées sans prendre de _____ ?
- e. tenté de diminuer ou d'arrêter votre consommation de ___ sans réussir?.....
- f. eu l'impression que votre consommation de ____ occupait beaucoup de votre temps?...
- g. continué à consommer, tout en sachant que _____ vous causerait plusieurs problèmes?

Sous-total
Q. 5 a-g

7. ÉMo-SPA / Motifs

Depuis 12 mois, vous avez consommé de _____

- a. pour relaxer, réduire votre stress et votre anxiété ?.....
- b. quand vous vous sentiez seul·e ou triste?.....
- c. pour oublier vos problèmes ou pour ne plus ressentir vos émotions?.....
- d. quand vous vous sentiez frustré·e ou en colère?.....

Sous-total
Q. 6 a-g

Alcool		Cannabis	Autres drogues et médicaments psychotropes	Interprétation des scores
Ado	Adultes	(Ado et Adultes)	(Ado et Adultes)	
0 - 9	0 - 11	0 - 18	0 - 12	Feu vert: Prévention
10 - 26	12 - 41	19 - 53	13 - 59	Feu jaune: Intervention précoce
27 +	42 +	54 +	60 +	Feu rouge: Services spécialisés en dépendance

Sous-total
Q. 7 a-d

Score total
Q. 5 à 7

J'autorise la transmission de cette évaluation et le partage d'informations me concernant, pour fin d'orientation de service, à tout organisme publique, privé et communautaire. Date: _____
Signature : _____