

QUESTIONNAIRE SUR L'USAGE D'ALCOOL ET DE DROGUES

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Proposition n°
---	--------------------------------	----------------

1. Faites-vous usage actuellement ou avez-vous déjà fait usage d'alcool? non oui – veuillez fournir les détails

	Quotidiennement		Hebdomadairement		Mensuellement	
	Type	Quantité	Type	Quantité	Type	Quantité
Présentement						
Il y a 1 à 2 ans						
Il y a 3 à 5 ans						
Autre (veuillez préciser)						

2. Faites-vous usage actuellement ou avez-vous déjà fait usage des drogues suivantes :

Cocaïne/crack oui non Marijuana/haschisch oui non
 Amphétamines oui non Barbituriques oui non
 Héroïne, morphine, démerol, méthadone oui non Hallucinogènes/LSD oui non
 Autres (narcotiques, solvants, ecstasy, stéroïdes, etc.) oui non

Veuillez fournir les détails des réponses affirmatives (en indiquant les quantités précises et s'il s'agit d'une consommation quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle).

	Quotidiennement		Hebdomadairement		Mensuellement	
	Type	Quantité	Type	Quantité	Type	Quantité
Présentement						
Il y a 1 à 2 ans						
Il y a 3 à 5 ans						
Autre (veuillez préciser)						

3. Vous a-t-on déjà avisé de réduire votre consommation, avez-vous déjà recherché, reçu ou vous a-t-on déjà conseillé d'avoir recours à des ressources ou à un traitement ou avez-vous participé à un programme de réadaptation relatif à l'usage d'alcool et/ou de drogues? non oui – veuillez fournir les détails, incluant les dates, la durée, l'endroit et le nom du ou des conseillers médicaux.

4. Avez-vous déjà eu une condamnation relative à l'usage de drogues ou pour conduite en état d'ébriété? non oui – veuillez fournir les détails :

5. Avez-vous déjà été membre des Alcooliques Anonymes, des Narcotiques Anonymes ou d'un groupe d'aide semblable afin de cesser ce comportement? non oui – veuillez préciser le nom de l'organisation et si vous êtes encore actif(ve) : ___ x /semaine ___ x /mois

6. Si vous ne faites plus usage d'alcool ou de drogues, quand avez-vous cessé?

Qu'est-ce qui vous a incité(e) à cesser?

Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et je comprends qu'elles font partie intégrante de ma proposition pour la police demandée.

Signature du proposant X	Date (jj/mm/aaaa)
Signature du témoin X	Date (jj/mm/aaaa)