Centre de santé et de services sociaux
Haut-Richelieu—Rouville

Hôpital du Haut-Richelieu

Services externes de psychiatrie
485 rue Saint-Jacques, bureau 11
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec)
J3B 2M1
Tél : (450) 346-2222

Nom :_____

dossier :_____

ÉVALUATION GLOBALE DE LA PERSONNE

Volet toxico

Date de l'évaluation :_____

Effectuée par :_____

Portrait de votre consommation passée et actuelle

	Au cours de votre vie avez-vous consommé ces substances ?	**Au cours des trois derniers mois** avez-vous consommé ces substances ? À quelle fréquence?
Tabac		
Alcool		
Cannabis et ses dérivés		
Cocaïne		
Stimulants (speed, ecstasy, Ritalin non prescrit, etc)		
Solvants (colle, essence, poppers, etc)		
Somnifères et sédatifs (Valium, Ativan, Rivotril, etc)		
Hallucinogènes (LSD, acide, mush, kétamine, etc)		
Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc)		
Autres		

AUDIT
(Alcohol Use Disorders Identification Test)

L'AUDIT est un questionnaire qui analyse votre consommation d'alcool sur les 12 derniers mois. Vous devez tenir compte de la dernière année entière.

	0	1	2	3	4
1. Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous une journée typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 et +
3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable d'arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
9. Vous êtes vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui mais pas dans les derniers 12 mois		Oui au cours des 12 derniers mois
10. Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de diminuer ?					
TOTAL					

Interprétation des scores

Pour une femme

- Moins de 6 : Votre consommation est un risque faible ou anodin
- Entre 6 et 12 : Présence de consommation à risque ou à problème
- Au-delà de 13 : Risque d'alcoolo-dépendance peut être soupçonné

Pour un homme

- Moins de 7 : Votre consommation est à un risque faible
- Entre 7 et 12 : Présence d'une consommation à risque ou à problème
- Au-delà de 13 : Risque d'alcoolo-dépendance peut être soupçonné

DAST
(Drug Abuse Screening Test)

Le DAST est un questionnaire qui analyse uniquement votre consommation de drogue. Vous devez tenir compte des 12 derniers mois.

	Oui	Non
1. Avez-vous fait usage de drogues autres que les médicaments administrés à des fins médicales ?		
2. Avez-vous fait un usage abusif de médicaments sur ordonnance ?		
3. Utilisez-vous plus d'une drogue à la fois ?		
4. Pouvez-vous vous passer de drogues pendant une semaine complète ?		
5. Pouvez-vous interrompre votre consommation de drogues au moment voulu ?		
6. Avez-vous déjà perdu connaissance ou eu des « flashbacks » après avoir pris une drogue ?		
7. Votre consommation de drogues suscite-t-elle un sentiment de culpabilité de votre part ?		
8. Vos parents ou votre conjoint ont-ils déjà critiqué votre consommation de drogues ?		
9. Vos abus de drogues vous ont-ils causé des ennuis avec votre conjoint ?		
10. Avez-vous déjà perdu des amis pour avoir fait usage de drogues ?		
11.Avez-vous négligé votre famille en raison de votre consommation de drogues ?		
12. Vos abus de drogues vous ont-ils causé des ennuis au travail ?		
13. Avez-vous déjà perdu un emploi pour abus de drogues ?		
14. Vous êtes-vous déjà disputé ou battu sous l'influence de drogues ?		
15. Vous êtes-vous déjà engagé dans des activités illégales afin d'obtenir de la drogue ?		
16. Avez-vous déjà subi une arrestation pour possession de drogues illicites ?		
17. Avez-vous déjà éprouvé des symptômes de sevrage (malaises) après avoir interrompu votre consommation de drogues ?		
18. Avez-vous eu des problèmes médicaux attribuables à votre consommation de drogues (pertes de mémoire, hépatite, convulsions, saignements, etc) ?		
19. Avez-vous déjà cherché de l'aide pour résoudre un problème de drogues ?		
20. Avez-vous déjà suivi un programme de traitement pour toxicomanes ?		

Interprétation des scores

Items 1 à 20 (sauf 4 et 5)

- Oui= 1
- Non=0

Items 4 et 5

- Oui=0

- Non=1

Score DAST	**Interprétation suggérée du niveau de problèmes liés à la drogue**
0	Pas d'évidence de problèmes
1-5	Bas niveau
6-10	Niveau modéré
11-15	Niveau substantiel
16-20	Niveau sévère