

# Questionnaire de dépistage CRAFFT 2.0

À compléter par le patient

Veuillez répondre à toutes les questions **honnêtement**. Vos réponses resteront confidentielles. »

**Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avec quelle fréquence (en jours) avez-vous:**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1. Bu plus que quelques gorgées de bière, de vin ou de boisson <b>alcoolisée</b> ?<br>Écrivez « 0 » si c'est le cas.  | <input type="text"/><br>Nb de jours |
| 2. Utilisé de la <b>marijuana</b> (pot, weed, haschich ou dans des préparations culinaires) ou de la « <b>marijuana synthétique</b> » (comme « K2 » ou « Spice »)? Écrivez « 0 » si c'est le cas.     | <input type="text"/><br>Nb de jours |
| 3. Utilisé <b>autre chose pour vous droguer</b> (comme d'autres drogues illicites, des médicaments en vente libre ou sur ordonnance et ce qui s'inhalent ou s'aspire)? Écrivez « 0 » si c'est le cas. | <input type="text"/><br>Nb de jours |

## LISEZ CES INSTRUCTIONS AVANT DE CONTINUER :

- Si vous avez mis « 0 » dans **TOUTES** les cases ci-dessus, **RÉPONDEZ À LA QUESTION 4, PUIS ARRÊTEZ-VOUS.**
- Si vous avez mis « 1 » ou plus dans **N'IMPORTE LAQUELLE** des cases ci-dessus, **RÉPONDEZ AUX QUESTIONS 4 à 9.**

- |  | Non                      | Oui                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. Êtes-vous déjà monté(e) dans une <b>VOITURE</b> dont le conducteur (y compris vous-même) conduisait sous l'effet de l'alcool ou de drogues? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue pour vous <b>DÉTENDRE</b> , pour être mieux dans votre peau, ou pour vous sentir mieux accepté(e)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue lorsque vous êtes <b>SEUL(E)</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Vous arrive-t-il <b>d'OUBLIER</b> des choses que vous avez faites sous l'emprise de l'alcool ou de drogues ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Est-ce que votre <b>FAMILLE</b> ou vos <b>AMIS</b> vous disent que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous déjà eu des <b>ENNUIS</b> lorsque vous étiez sous l'emprise de l'alcool ou de drogues?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### AVIS AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE ET AUX ARCHIVES MÉDICALES :

Les informations sur cette page peuvent être protégées par la réglementation fédérale sur la confidentialité (42 CFR Section 2), qui en interdit la divulgation sauf si une autorisation spéciale a été formulée par écrit. Une autorisation générale de communication d'informations médicale NE SUFFIT PAS

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2016.

Reproduit avec permission du Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR), au Children's Hospital à Boston  
Pour plus de détails et des versions dans d'autres langues, allez à [www.ceasar.org](http://www.ceasar.org)