

# Questionnaire de dépistage CRAFFT+N (version 2.1)

French

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> ? Écrivez « 0 » si c'est le cas.   | <input type="text"/><br>Nb de jours |
| 2. Consommez-vous de la marijuana (par exemple, de l'herbe, de l'huile ou du hachisch [fumé, vapoté ou incorporé dans la nourriture]) ou de la « marijuana synthétique » (par exemple, le « K2 » ou le « Spice »)? Écrivez « 0 » si c'est le cas. | <input type="text"/><br>Nb de jours |
| 3. Utilisez-vous d'autres substances pour planer (par exemple, d'autres drogues illégales, des médicaments en vente libre et des produits à « sniffer » ou à vapoter)? Écrivez « 0 » si c'est le cas.   | <input type="text"/><br>Nb de jours |
| 4. Utilisé n'importe quel produit contenant du tabac ou de la nicotine (par exemple, des cigarettes, des cigarettes électroniques, du narguilé ou du tabac sans fumée)?   | <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 5, PUIS ARRÊTEZ-VOUS.**
- Si vous avez mis « 1 » ou plus dans **N'IMPORTE LAQUELLE** des cases ci-dessus, **RÉPONDEZ AUX QUESTIONS 5 à 10.**

	Non	Oui
5. 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"/>
6. 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"/>
7. Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue lorsque vous êtes <b>SEUL(E)</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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"/>
9. 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"/>
10. 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, 2018.

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