**Institut de santé et de rétablissement**

**Outil de dépistage intégré**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| **Parents**Est-ce que l’un de vos parents a eu un problème avec l’alcool ou d’autres drogues? |   |   |
| **Pairs**Est-ce que l’un de vos amis a un problème avec l’alcool ou d’autres drogues? |   |   |
| **Partenaire**Votre partenaire a-t-il un problème avec l’alcool ou d’autres drogues? |   |   |
| **Violence**Vous sentez-vous en danger d’une façon ou d’une autre dans votre relation avec votre partenaire actuel? |   |   |
| **Santé émotionnelle**Au cours des dernières semaines, l’inquiétude, l’anxiété, la dépression ou la tristesse vous ont-ils rendu difficile de faire votre travail, de vous entendre avec les gens ou de prendre soin de vos choses à la maison? |   |   |
| **Passé**Dans le passé, avez-vous eu des difficultés dans votre vie à cause de l’alcool ou d’autres médicaments, y compris les médicaments d’ordonnance? |   |   |
| **Présent**Au cours du dernier mois, avez-vous bu de l’alcool ou consommé d’autres drogues?1.Combien de **jours par mois** buvez-vous? \_\_\_\_\_ 2.Combien de **boissons** sur **un jour donné? \_\_\_\_\_** 3.Combien de fois avez-vous eu **4 verres ou plus par jour** dans le dernier **mois?**   \_\_\_\_\_ |   |   |
| **Fumer**Avez-vous fumé des cigarettes au cours des trois derniers mois? |  |  |