<!-- AUDIT-C -->

1. À quelle fréquence buvez-vous une boisson contenant de l’alcool ?

Jamais

Mensuel ou moins

2-4 fois par mois

2-3 fois par semaine

4 fois ou plus par semaine

2. Combien de boissons standard contenant de l’alcool avez-vous par jour typique ?

1 ou 2

3 ou 4

5 ou 6

7 à 9

10 ou plus

3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une seule occasion ?

Jamais

Moins de mensuel

Mensuel

Hebdomadaire

Quotidiennement ou presque quotidiennement

**DRUG USE QUESTIONNAIRE (DAST-10)**

1. Avez-vous utilisé des médicaments autres que ceux nécessaires pour des raisons médicales ?
2. Abusez-vous de plus d’une drogue à la fois ?
3. Es-tu toujours capable d’arrêter de prendre des drogues quand tu le veux ?.
4. Avez-vous eu des « évanouissements » ou des « flashbacks » à la suite de l’usage de drogues ?
5. Te sens-tu parfois mal ou coupable à propos de ta consommation de drogues ?
6. Votre conjoint (ou vos parents) se plaint-il parfois de votre implication dans la drogue ?
7. Avez-vous négligé votre famille à cause de votre consommation de drogues ?
8. Avez-vous pratiqué des activités illégales afin d’obtenir de la drogue ?
9. Avez-vous déjà ressenti des symptômes de sevrage (sensation de malaise) lorsque vous avez arrêté de prendre des médicaments ?
10. Avez-vous eu des problèmes médicaux à la suite de votre consommation de drogues (p. ex., perte de mémoire, hépatite, convulsions, saignements, etc.) ?

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE

<!-- cssrc -->

Passé

mois

Posez des questions en gras et soulignées. OUI NON

Posez les questions 1 et 2

1) Avez-vous souhaité être mort ou souhaité pouvoir aller dormir et ne pas vous réveiller

up?

2) Avez-vous réellement eu des pensées de vous suicider ?

Si OUI à 2, posez les questions 3, 4, 5 et 6. Si NON à 2, passez directement à la question 6.

3) Avez-vous réfléchi à la façon dont vous pourriez faire cela ?

Par exemple, « J’ai pensé à faire une overdose mais je n’ai jamais fait de plan précis quant au moment où

où ou comment je le ferais réellement et je ne le ferais jamais. "

4) Avez-vous eu ces pensées et aviez-vous l’intention d’agir en conséquence ?

Par opposition à « J’ai les pensées, mais je ne ferai certainement rien à leur sujet. »

5) Avez-vous commencé à travailler ou avez-vous élaboré les détails de la façon de vous suicider ?

Avez-vous l’intention de mettre en œuvre ce plan ?

6) Avez-vous déjà fait quelque chose, commencé à faire quelque chose ou préparé à faire quelque chose

pour mettre fin à votre vie ?

Exemples : Collecté des pilules, obtenu une arme à feu, donné des objets de valeur, rédigé un testament ou une lettre de suicide,

pris des pilules mais n’en avalait pas, tenait une arme mais a changé d’avis ou elle a été saisie

de votre main, est allé sur le toit mais n’a pas sauté; ou a réellement pris des pilules, essayé de tirer

toi-même, te couper, essayer de te pendre, etc.

Si OUI, demandez : Était-ce au cours des trois derniers mois ?

OUI NON

Faible risque

Risque modéré

Risque élevé