

DOSSIER D'ADMISSION PROGRAMME ACCOMPAGNEMENT DE SEVRAGE AMBULATOIRE EN CANNABIS / DATE :

Age du patient :

Age du début de la consommation :

Age du début d'une consommation problématique :

Mode de consommation et quantité approximative consommée par jour :

Age ou année d'entrée dans le soin :

Sevrage(s) déjà tenté(s) : oui non

Si oui :

• période maximale d'abstinence :

Répercussions (brièvement)

- Etudes/professionnelles :

.....

.....

- Familiales/sociales :

.....

.....

.....
- Autres :
.....
.....
.....

Dépendance physique avec syndrome de sevrage déjà expérimenté : oui non

- Si oui, symptomatologie au premier plan (irritabilité, troubles du sommeil...) :
.....
.....

Poursuite en parallèle de la scolarité/activité professionnelle prévue : oui non

Joindre un test CUDIT-R rempli par le patient (disponible sur notre site)

1. À quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?

Jamais

0

1 fois par mois
ou moins

1

2-4 fois
par mois

2

2-3 fois
par semaine

3

4 fois ou plus
par semaine

4

2. Les jours où vous avez consommé du cannabis, vous étiez « défoncé(e) » pendant combien d'heures pour une journée type ?

1 ou 2

0

3 ou 4

1

5 ou 6

2

7 à 9

3

10 ou plus

4

3. Combien de fois avez-vous été « défoncé(e) » sous cannabis pendant 6 heures ou plus ?

Jamais

0

Moins d'une fois
par mois

1

Une fois
par mois

2

Une fois
par semaine

3

Tous les jours
ou presque

4

4. Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous est-il arrivé de ne plus pouvoir vous arrêter de consommer du cannabis une fois que vous aviez commencé ?

Jamais

0

Moins d'une fois
par mois

1

Une fois
par mois

2

Une fois
par semaine

3

Tous les jours
ou presque

4

5. Combien de fois pendant les 6 derniers mois n'avez-vous pas fait ce que l'on attendait de vous parce que vous aviez consommé du cannabis ?

Jamais

0

Moins d'une fois
par mois

1

Une fois
par mois

2

Une fois
par semaine

3

Tous les jours
ou presque

4

6. Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous éprouvé le besoin de consommer du cannabis le matin, afin de pouvoir vous « mettre en route » après un usage important de cannabis la veille ?

Jamais

0

Moins d'une fois
par mois

1

Une fois
par mois

2

Une fois
par semaine

3

Tous les jours
ou presque

4

7. Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous êtes-vous senti(e) coupable ou avez-vous eu des regrets après avoir consommé du cannabis ?

Jamais

0

Moins d'une fois
par mois

1

Une fois
par mois

2

Une fois
par semaine

3

Tous les jours
ou presque

4

8. Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous eu des troubles de la mémoire ou avez-vous eu du mal à vous concentrer après avoir consommé du cannabis ?

Jamais

0

Moins d'une fois
par mois

1

Une fois
par mois

2

Une fois
par semaine

3

Tous les jours
ou presque

4

9. Vous êtes-vous fait mal ou avez-vous blessé physiquement quelqu'un parce que vous aviez consommé du cannabis dans les 6 derniers mois ?

Non

0

Oui

4

10. Une personne telle qu'un parent, un(e) ami(e), un médecin ou un professionnel de la santé s'est-elle inquiétée de votre usage de cannabis ou vous a-t-elle conseillé de diminuer votre consommation de cannabis ?

Non

0

Oui

4