

A REMPLIR EN SALLE D'ATTENTE

Madame, Mademoiselle,
Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de repérer des difficultés que vous pourriez avoir eues récemment ou par le passé. Il est à remettre en consultation.

Si vous fumez, combien de **cigarettes** fumez-vous par jour en moyenne ? 1-10 11-20
 21-30 +30

Le matin, combien de **temps après votre réveil** fumez-vous votre **première cigarette** ? |_|_| minutes

Devez-vous consommer **plus de 2 verres d'alcool** pour sentir son effet ? non oui

Les gens vous ont-ils déjà agacé en **critiquant votre consommation d'alcool** ? non oui

Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez **réduire votre consommation d'alcool** ? non oui

Vous est-il déjà arrivé de **prendre un verre en vous levant pour calmer vos nerfs** ou vous **débarrasser d'une gueule de bois** ? non oui

Avez-vous déjà consommé **l'une de ces substances** : cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne ? non oui

En avez-vous consommé au cours du **dernier mois** ? non oui

Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir **inquiète ou soucieuse** sans en identifier le motif ? non oui

Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des **problèmes pour bien dormir** ? non oui

Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie **dépassée par les événements** ? non oui

Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de **penser à vous faire du mal** ? non oui

Dans votre vie, avez-vous déjà été victime de **violences psychologiques ou physiques** ? non oui

Vous sentez vous en **sécurité** dans votre environnement familial ? non oui

Vous sentez-vous **entourée** dans votre environnement proche ? non oui

Avez-vous **au moins une personne de votre entourage** sur qui vous pouvez compter quelle que soit votre situation ? non oui

Avez-vous été aidée pour remplir ce questionnaire ? non oui

Si oui, par qui ?

A REMPLIR PAR LE MEDECIN OU LA SAGE-FEMME

Validé le |_|_|_|_|_|_|_|_| par