

QUESTIONNAIRE PATIENT

à remplir par le patient et à remettre à l'infirmier coordinateur

A remettre au patient par le médecin généraliste à l'issue du bilan initial

1- EVALUEZ VOTRE DEGRE DE DEPENDANCE A L'ALCOOL

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
0	1	2	3	4

2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
0	1	2	3	4

3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

NON	OUI
0	4

4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

NON	OUI
0	4

5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

NON	OUI
0	4

SCORE FACE :

Ce score sera interprété lors de votre entretien avec l'infirmier coordinateur.

2- QUELLE EST VOTRE HISTOIRE AVEC L'ALCOOL

Quelle est votre consommation actuelle d'alcool (*Nb de verres quotidiens*) ?

Depuis combien de temps votre consommation d'alcool vous pose-t-elle problème ?

Est-ce que votre entourage proche a des problèmes avec l'alcool ? Oui Non

Si oui, de qui s'agit-il ?

J'aimerais bien arrêter de consommer de l'alcool...

- Pour préserver ma santé
- Pour mon entourage et ma famille
- Pour éviter les problèmes avec mon employeur
- Pour éviter les démêlés avec la justice
- Autres :

En essayant d'arrêter de consommer de l'alcool, j'ai peur de...

Nombre de sevrages alcool antérieurs :
Date du dernier sevrage :
Modalités du/des sevrage(s) : <input type="checkbox"/> Domicile : <input type="checkbox"/> Avec suivi médical <input type="checkbox"/> Sans suivi médical <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Centre de cure ambulatoire
Durée des périodes d'abstinence (expérience sans alcool) :

Quels troubles aviez-vous ressentis à l'arrêt de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Crise d'épilepsie* <input type="checkbox"/> Tendance dépressive <input type="checkbox"/> Agitation, nervosité* <input type="checkbox"/> Anxiété majeure <input type="checkbox"/> Tremblements importants <input type="checkbox"/> Hypersudation* <input type="checkbox"/> Troubles du comportement* <input type="checkbox"/> Vomissements / diarrhées* <input type="checkbox"/> Autres
Les éléments suivis d'un astérisque (*) sont des contre-indications au SAA	

D'après vous, quel sont les éléments qui ont provoqué la reprise de consommation ?



3- MOTIVATION

Concernant votre consommation d'ALCOOL, entourer le chiffre correspondant :

1/ Pensez-vous que dans 6 mois :		
a- Vous consommerez toujours autant ?		0
b- Vous aurez diminué un peu votre consommation ?		2
c- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation ?		4
d- Vous aurez arrêté de consommer ?		8
2/ Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de consommer ?		
a- Pas du tout		0
b- Un peu		1
c- Beaucoup		2
d- Enormément		3
3/ Pensez-vous que dans 4 semaines		
a- Vous consommerez toujours autant ?		0
b- Vous aurez diminué un peu votre consommation ?		2
c- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation ?		4
d- Vous aurez arrêté de consommer ?		6
4/ Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de consommer ?		
a- Jamais		0
b- Quelquefois		1
c- Souvent		2
d- Très souvent		3
(Q-MAT)	TOTAL :	

L'interprétation de ce tableau sera faite lors de votre entretien avec l'infirmier coordinateur.

4- COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ?

Évaluez par une note de 0 à 10 votre moral actuel

0 signifie « Je n'ai pas du tout le moral » 10 signifie « Je me sens parfaitement bien »

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout le moral								Parfaitement bien		

5- AUTRES ADDICTIONS/DEPENDANCES

- Actuellement consommez-vous du tabac ? Oui Non
Si oui, souhaitez-vous arrêter ? Oui Non
- Actuellement, consommez-vous du cannabis ? Oui Non
Si oui, souhaitez-vous arrêter ? Oui Non
- Actuellement consommez-vous d'autres produits ? Oui Non
Si oui, le(s)quel(s) ? Oui Non
Souhaitez-vous arrêter ? Oui Non

6- ALIMENTATION ET HYGIENE DE VIE

Combien de repas prenez-vous par jour ?

Vous arrive-t-il fréquemment de sauter un repas ?

Oui Non

Avez-vous tendance à grignoter entre les repas ?

Oui Non

Votre poids est-il stable ?

Oui Non

Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?

Oui Non

Si oui, à quelle occasion ?

Combien de tasses de café buvez-vous par jour ?

Qualité du sommeil :

bonne

médiocre

mauvaise

