


--	--	--	--	--	--	--	--

**Voici quelques questions au sujet des drogues.** Veuillez répondre aussi correctement et honnêtement que possible en indiquant quelle réponse est la bonne pour vous.

	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<b>Âge</b>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>			
1. À quelle fréquence consommez-vous des drogues autres que l'alcool? (Voir la liste des drogues au verso)	Jamais <input type="checkbox"/>	Une fois par mois ou moins <input type="checkbox"/>	2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/>	2 ou 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	4 fois par semaine ou plus <input type="checkbox"/>	
2. Consommez-vous plus d'un type de drogue à une même occasion?	Jamais <input type="checkbox"/>	Une fois par mois ou moins <input type="checkbox"/>	2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/>	2 ou 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	4 fois par semaine ou plus <input type="checkbox"/>	
3. Combien de fois prenez-vous des drogues dans une journée typique où vous en consommez?		0 <input type="checkbox"/>	1 ou 2 <input type="checkbox"/>	3 ou 4 <input type="checkbox"/>	5 ou 6 <input type="checkbox"/>	7 ou plus <input type="checkbox"/>
4. À quelle fréquence êtes-vous grandement affecté par des drogues?	Jamais <input type="checkbox"/>	Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	Chaque mois <input type="checkbox"/>	Chaque semaine <input type="checkbox"/>	Chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
5. Au cours de la dernière année, avez-vous senti que votre envie de drogues était si forte que vous ne pouviez y résister?	Jamais <input type="checkbox"/>	Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	Chaque mois <input type="checkbox"/>	Chaque semaine <input type="checkbox"/>	Chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
6. Avez-vous, dans la dernière année, été incapable d'arrêter de prendre des drogues après avoir commencé?	Jamais <input type="checkbox"/>	Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	Chaque mois <input type="checkbox"/>	Chaque semaine <input type="checkbox"/>	Chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
7. À quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous pris des drogues puis négligé de faire quelque chose que vous auriez dû faire?	Jamais <input type="checkbox"/>	Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	Chaque mois <input type="checkbox"/>	Chaque semaine <input type="checkbox"/>	Chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
8. À quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous eu besoin de prendre une drogue le matin suivant une forte consommation de drogues le jour précédent?	Jamais <input type="checkbox"/>	Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	Chaque mois <input type="checkbox"/>	Chaque semaine <input type="checkbox"/>	Chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
9. À quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous eu des sentiments de culpabilité ou mauvaise conscience parce que vous aviez consommé des drogues?	Jamais <input type="checkbox"/>	Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	Chaque mois <input type="checkbox"/>	Chaque semaine <input type="checkbox"/>	Chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
10. Est-ce que vous ou une autre personne avez été blessé (mentalement ou physiquement) parce que vous consommiez des drogues?		Non <input type="checkbox"/>	Oui, mais pas au cours de la dernière année <input type="checkbox"/>	Oui, au cours de la dernière année <input type="checkbox"/>		
11. Est-ce qu'un membre de votre famille, un ami, un médecin, une infirmière ou une autre personne s'est inquiété de votre consommation de drogues ou vous a dit que vous devriez arrêter d'en consommer?		Non <input type="checkbox"/>	Oui, mais pas au cours de la dernière année <input type="checkbox"/>	Oui, au cours de la dernière année <input type="checkbox"/>		



# LISTE DE DROGUES

(Notez bien! Pas l'alcool!)

Cannabis	Amphétamines	Cocaïne	Opiacés	Hallucinogènes	Inhalants	GHB et autres
Marijuana	Méthamphétamine	Cocaïne	Héroïne	LSD (Diéthylamide de l'acide lysergique)	Liquide correcteur	GHB
Haschich	Méthylphénidate	Crack	Speed-ball	Champignons magiques	Essence	Poppers (Amyle nitrite)
Bats	(par ex. Ritalin ou Adderall)	Freebase	(héroïne et cocaïne)	Mescaline	Colle	Stéroïdes
Marijuana avec d'autres drogues	Ecstasy/MMDA (méthylènedioxy-méthamphétamine)	Autre cocaïne	Karachi (héroïne et barbituriques)	Peyotl	Gaz à briquet	Composés anticholinergiques
Autre cannabis	Autre amphétamine		Héroïne avec d'autres drogues	Psilocybine	Peinture en aérosol	Gaz hilarant/Halothane (oxyde nitreux)
			Méthadone de rue	Kétamine (Ketalar, Spécial K)	Diluant à peinture	
			Opium	PCP (angel dust, phencyclidine)	Autre inhalant	
			Autre opiacé	DMT (diméthyltryptamine)		
				Autre hallucinogène		

## PILULES – MÉDICATION

Les pilules ou médicaments comptent comme une drogue lorsque:

- Vous en prenez plus ou plus souvent que ce que le médecin vous a prescrit.
- Vous en prenez parce que vous voulez vous amuser, vous sentir bien, vous «geler» ou parce que vous vous demandez quel effet cela aura sur vous.
- Vous en prenez après les avoir reçus d'un membre de votre famille ou d'un ami.
- Vous en prenez que vous avez achetés au « marché noir » ou volés.

### SÉDATIFS ET SOMNIFÈRES

alprazolam	flunitrazépam	oxazepam
Alurate®	flurazépam	Parest®
amobarbital	glutéthimide	pentobarbital
Amytal®	halazepam	phenobarbital
apobarbital	Halcion®	Placidyl®
Ativan®	Hypam®	ProPam®
Benzotran®	Insoma®	Quaalude®
bromazépam	ketazolam	Rivotril®
butabarbital	Klonopin®	Rohypnol®
butalbital	Lexotan®	secobarbital
Butisol®	Librium®	Seconal®
chlorazépate	loprazolam	Serapax®
chlordiazépoxyde	lorazepam	Serax®
clonazépam	Lotusate®	Serenid®
Dalmane®	Luminal®	Sompam®
Deprol®	Mebaral®	Sopor®
diazepam	mephobarbital	talbutal
Doriden®	méprobamate	temazepam
Dormonocet®	méthahqualone	Tranxene®
DPAM®	Miltown®	trazepam
estazolam	Mogadon®	triazolam
Equanil®	Nembutal®	Tricam®
etchlorvynol	Nitrados®	tuazepam
Euhypnos®	nitrazepam	Tuinal®
Fioricet®	Normison®	Valium®
Fiorinal®	Novapam®	Xanax®

### ANTIDOULEURS

buprénorphine	Novahistine®
Butrans® (5,10 ou 20)	Nucynta CR/IR®
codéine	oxycodone
Darvocet®	OxyContin®
Darvon®	oxymorphone
Demerol®	pentazocine
Dilaudid®	Percocet®
Empracet®	Percodan®
Emtec®	propoxyphène
Hycodan®	Ralivia®
hydrocodéine	Sativex®
hydrocodone	Suboxone®
hydromorphone	Supeudol®
Kadian®	Talwin®
mépéridine	tapentadol
Metadol®	Tramacet®
méthadone	tramadol
morphine	Tridural®
MS Contin®	Tylenol® avec codéine
Nicodine®	Ultram®
Novahistex®	Zytram XL®

Les pilules ou médicaments ne comptent PAS comme une drogue s'ils ont été prescrits par un médecin et que vous les prenez selon le dosage prescrit.