

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

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

### 1- BILAN SOCIAL

<b>Situation familiale :</b>	je vis seul(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Protection sociale :</b>	<input type="checkbox"/> SS/Mut.	<input type="checkbox"/> CMU	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Incomplète <input type="checkbox"/> Aucune
<b>Logement :</b>	<input type="checkbox"/> Stable	<input type="checkbox"/> Non stable	<input type="checkbox"/> Sans
<b>Activité professionnelle :</b>	<input type="checkbox"/> Stable	<input type="checkbox"/> Non stable	<input type="checkbox"/> Sans Préciser le type de contrat : .....
<b>Devoir envers la justice (injonction, obligations de soins, procès à venir) :</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
<b>Déjà en lien avec un service social ?</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, lequel ?	
<b>Permis de conduire :</b>	<input type="checkbox"/> Valide	<input type="checkbox"/> Non valide	

### 2. 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.

**3- QUELLE EST VOTRE HISTOIRE AVEC L'ALCOOL ?**

Quelle est votre consommation actuelle d'alcool ( <i>Nb de verres quotidiens</i> ) ? _____
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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 ?
.....
.....
.....



**7- ALIMENTATION ET HYGIENE DE VIE**

Combien de repas prenez-vous par jour ?	Avez-vous tendance à grignoter entre les repas ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous arrive-t-il fréquemment de sauter un repas ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Combien de tasses de café buvez-vous par jour ?
Votre poids est-il stable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quelles occasions ? _____ .....
Qualité du sommeil <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> médiocre <input type="checkbox"/> mauvaise	