

Nom	Prénom						
Date de naissance: <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jour</td> </tr> </table>				Année	Mois	Jour	
Année	Mois	Jour					
	N° de proposition ou de contrat						

1 Faites-vous ou avez-vous déjà fait usage de drogues ou d'opiacés ? Oui Non
Si oui, répondez par « oui » ou par « non » pour chaque type de drogue ou d'opiacé.

		Dose/Quantité	Fréquence Jour, semaine, mois ou année	Durée de l'utilisation					
				De	Année	Mois	à	Année	Mois
■ Marijuana (cannabis, haschisch, pot, etc.);	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
■ Cocaïne (crack);	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
■ Hallucinogènes : Ecstasy, DMT, LSD (acide), mescaline, peyote, psilocybine (champignons magiques);	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
■ Opium et ses dérivés : Codéine, Démérol, héroïne, méthadone, morphine;	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
■ Barbituriques : Amytal, Nembutal, pentobarbital, phenobarbital, seconal;	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
■ Amphétamines : Benzédrine, dexédrine, méthédrine, pep, speed, ups, wake-up;	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
■ Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			

2 Avez-vous reçu des traitements ou avez-vous assisté à tout programme de réadaptation pour usage de drogues ? Oui Non

Si oui, précisez les dates, les noms et adresses des médecins ou établissements consultés : _____

3 Si vous ne faites plus usage de drogues, quelles raisons ont motivé cet arrêt ? _____

4 Avez-vous l'intention de faire usage de drogues dans l'avenir ? Oui Non

5 Remarques additionnelles :

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

X

Signature de la personne à assurer ou de son tuteur légal si la personne à assurer a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

X

Signature du témoin