

Questionnaire sur la consommation de drogues et de substances

Prénom : _____ Nom : _____
 Numéro de police : _____ Date de naissance : _____

1. a) Avez-vous consommé du cannabis (comme la marijuana ou le haschich) au cours des cinq (5) dernières années ? Oui Non
 Si oui, prière de nous fournir les renseignements suivants :

Genre(s)	Quantité	Fréquence	Date de la première consommation	Date de la dernière consommation
Vapotage (vape)				
Inhalé (pas vapoté)				
Usage externe (huile, crème)				
Comestible/ingéré				

- b) Avez-vous consommé du cannabis à des fins médicales (prescrit par un professionnel de la santé) ? Oui Non
 Si oui, préciser la raison pour l'utilisation du cannabis : _____

- c) Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous consommé du cannabis mélangé à de la nicotine ? Oui Non

2. Avez-vous déjà consommé d'autres drogues ou médicaments sur ordonnance qui ne vous ont pas été prescrits ? Oui Non
 Si oui, veuillez indiquer lesquelles des drogues suivantes s'appliquent à vous :

Genre(s)	Quantité	Fréquence	Date première consommation	Date dernière consommation
Amphétamines (speed, meth, chalk, crystal, glass, crystal meth, etc.)				
Stéroïdes anabolisants (anadrol, oxandrin, testostérone, etc.)				
Barbituriques (amytal, phénobarbital, séconal, nembutal, etc.)				
Cocaïne (coke, poudre, neige, crack, candy etc.)				
Ecstasy (MDMA, molly, E, etc.)				
Hallucinogènes (LSD, acide, DMT, mescaline, peyotl, psilocybine (champignons magiques), etc.)				
Opiacés (codéine, héroïne, morphine, méthadone, narcotiques, etc.)				
Utilisation intraveineuse (préciser) :				
Autre (préciser) :				

3. Avez-vous déjà consulté un médecin ou subi un traitement à cause de votre consommation de drogue(s) ? Oui Non
 Si oui, indiquer les dates et noms des médecins, hôpitaux et centres de traitement et le type de traitement : _____

4. Avez-vous déjà perdu votre emploi, été accusé de conduite en état d'ébriété ou été arrêté à cause des effets de l'alcool ou de drogue(s) ? Si oui, préciser: _____ Oui Non

5. Consommez-vous présentement de l'alcool ? Si oui, préciser ci-dessous : Oui Non

Quantité	Vin (verres)	Bière (bouteilles)	Spiritueux (onces)
Par jour			
Par semaine			
Par mois			
Par année			

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et je reconnais qu'elle fera partie de ma demande d'assurance auprès d'Assomption Vie.

Signature de la personne à assurer (parent ou tuteur légal si la personne est mineure) _____ Date _____