

Questionnaire



L'association Alternative Verte garantit la confidentialité des informations que vous apporterez. Ce questionnaire est la première étape de votre adhésion à l'association. Il n'aborde que des questions d'ordre général et aide à mieux comprendre les différentes formes d'usages et leur approche médicale. Dans le cas de l'acceptation de votre dossier, des informations complémentaires pourraient vous être demandées. Le questionnaire anonyme peut être mis dans une base de données et analysé dans le cadre d'une recherche sur les effets du cannabis sur certains malades. De ce fait, le secret médical et le droit suisse restent en vigueur.

Merci de remplir ce questionnaire avec objectivité et honnêteté.

Nom : Prénom : Age :

Etes-vous au bénéfice d'une rente d'invalidité : (facultatif) Oui Non
Assurance maladie complémentaire : Oui Non

| Quelles sont les pathologies qui vous affectent : | | |
|---|--|----------------------------------|
| | | |
| Prescriptions Médicales* | Décrivez les traitements prescrits (médicaments, thérapie,...) | Depuis quand ou combien de temps |

« Vivre mieux ... naturellement ! »

| | | |
|-----------------------------|---------------------------------|--|
| Médications en cours | | |
| Médications passées | | |
| | <i>* Laisser vide si aucune</i> | |

Suivez-vous un traitement ambulatoire : Oui Non

| |
|---|
| Par quelle compétence médicale êtes-vous suivi-e : |
| |

| |
|-----------------------|
| GROUPE SANGUIN |
| |

Cochez uniquement les cases qui vous concernent :

***Q : Quotidiennement S = Souvent O : Occasionnellement J : Jamais**

« Vivre mieux ... naturellement ! »

J'ai des activités intellectuelles

J'ai une vie sociale

Je m'implique dans le milieu associatif

Je consomme des drogues dures

Si vous ne consommez pas de cannabis, allez directement à la description de votre journée type :

Vous consommez du cannabis :

Régulièrement Occasionnellement Rarement

Est-ce que cette consommation est conditionnée par votre pathologie ? Oui Non

En avez-vous fait part à votre médecin traitant ? Oui
Non

Si oui, quelle est son opinion sur la question :

Contre Indifférent Septique Ouvert à la question
D'accord

Vous a-t-il informé des risques et/ou bienfaits liés à l'usage du cannabis ?

Oui Non

D'après vous, quels en sont les effets bénéfiques sur votre état de santé ?

| |
|--|
| |
|--|

De quelle manière consommez-vous votre cannabis ?

| | Fréquence et quantité : |
|---------------|-------------------------|
| En fumant | |
| En inhalation | |

« Vivre mieux ... naturellement ! »

| | |
|-----------------------------|--|
| En infusion | |
| En décoction | |
| Dans l'alimentation | |
| Autres | |
| Quantité par jour (moyenne) | |

Est-ce que le cannabis que vous consommez vous est garanti sans pesticide, ni champignons ou métaux lourds ? Oui Non

De quelle manière vous procurez-vous votre cannabis ?

| | |
|---------------------|--|
| Culture personnelle | |
| Dans la rue | |
| Autres | |

Avez-vous déjà été en contact avec les services de prévention et / ou de traitement des addictions ?

Oui Non

Avez-vous vous rencontré des problèmes de toxicomanie ou de dépendance quelconque ? Oui
Non

Si oui, êtes-vous encore dépendant Oui Non

Description de la dépendance :

« Vivre mieux ... naturellement ! »

Description d'une journée type : désagréments, activités, médications, nutriments, effets secondaires....

Vos remarques :

Par la présente, je certifie la véracité des informations indiquées ci-dessus. J'autorise, par la même, la diffusion desdites informations aux compétences médicales affiliées. **Mes données seront traitées confidentiellement**, mon **identité ne sera pas révélée** et la transmission de ces informations à des tiers sera exclue.

Le secret médical et le droit suisse restent en vigueur.

Lieu et date :

Signature :