



**DOCUMENT DE DEMANDE DU PROTOCOLE DE SEVRAGE AMBULATOIRE
DU CANNABIS (P.S.A.C)**

Partie à compléter par le PATIENT

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone personnel :

**Vous arrive-t-il de ressentir des signes de manque à l'arrêt du cannabis
(irritabilité, anxiété, insomnie...).**

Si oui : quels sont-ils ?

Quelles sont vos motivations à l'arrêt du cannabis ?

Qu'attendez-vous de l'arrêt du cannabis ?

Motivation pour arrêter votre consommation de cannabis?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nul max

**J'ai confiance dans la réussite du projet d'arrêter ma consommation de
cannabis ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nul max

**J'ai besoin d'être mieux informé sur le sevrage du cannabis et le mésusage du
cannabis ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nul max

**LE SECRETARIAT DE L'UNITE DE SEVRAGE EN AMBULATOIRE VOUS
CONTACTERA AFIN DE CONVENIR D'UN RENDEZ-VOUS.**