



QUIZ D'ÉVALUATION DES RISQUES



Êtes-vous ...

Conducteur ?

Motor-boy ?

Mécanicien ?

COMPORTEMENTS/PRATIQUES A RISQUES

I - MOBILITE Q1 Combien de jours en moyenne par mois passez-vous hors de votre famille ? -8 jours <input type="checkbox"/> +8 jours <input type="checkbox"/>		II - CONDUITE ROUTIERE Q2 Avez-vous déjà eu un accident de la route ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Q3 Portez-vous votre ceinture de sécurité ? Jamais <input type="checkbox"/> Quelques fois <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/>			III - REPOS-DETENTE Q4 A quoi vous occupez-vous quand vous vous arrêtez ? Je reste seul <input type="checkbox"/> Je vais me distraire <input type="checkbox"/>	
IV - COMPORTEMENT SEXUEL Q5 Vous arrive-t-il d'avoir des rapports sexuels avec une autre personne que votre partenaire sexuelle habituelle ? Oui <input type="checkbox"/> Quelques fois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			V - PRESERVATIF Q6 Avez-vous déjà au moins une fois utilisé le préservatif ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Q7 Actuellement, utilisez-vous le préservatif ? Systématiquement <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>			
VI - IST-VIH Q8 Vous êtes-vous déjà fait soigner pour une IST ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Q9 Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		VII - PRISE EN CHARGE Q10 Où allez-vous lorsque vous êtes malade ? En pharmacie <input type="checkbox"/> Chez un guérisseur <input type="checkbox"/> Je me soigne moi-même <input type="checkbox"/> A l'hôpital <input type="checkbox"/>					

Vous avez obtenu une majorité de ...

CONNAISSANCES SUR LE VIH

VIII - VULNÉRABILITÉ Q11 Pensez-vous avoir déjà été exposé au VIH et à des IST ? Oui <input type="checkbox"/> Non jamais <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>			Q12 Pensez-vous que vous pourriez un jour attraper le Sida ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>			Q13 Pensez-vous que le test du Sida est utile ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>			IX - STIMULANTS Q14 Pensez-vous que des excitants (tramol, alcool) puissent vous aider à combattre la fatigue et le sommeil ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
X - CONDUITE ROUTIERE Q15 Pensez-vous qu'il peut vous arriver de faire un accident ? Oui <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		XI - TRAITEMENT Q16 Pensez-vous que l'on puisse guérir pour toujours du SIDA ? Oui <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			XII - STATUT MATRIMONIAL Q17 Êtes-vous marié ou vivez-vous avec une partenaire stable ? oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					

Vous avez obtenu une majorité de ...