



# QUIZ D'ÉVALUATION DES RISQUES



Êtes-vous ...

Conducteur ?

Motor-boy ?

Mécanicien ?

## COMPORTEMENTS/PRATIQUES A RISQUES

<b>I - MOBILITE</b> <b>Q1</b> Combien de jours en moyenne par mois passez-vous hors de votre famille ? -8 jours <input type="checkbox"/> +8 jours <input type="checkbox"/>		<b>II - CONDUITE ROUTIERE</b> <b>Q2</b> Avez-vous déjà eu un accident de la route ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			<b>Q3</b> Portez-vous votre ceinture de sécurité ? Jamais <input type="checkbox"/> Quelques fois <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/>			<b>III - REPOS-DETENTE</b> <b>Q4</b> A quoi vous occupez-vous quand vous vous arrêtez ? Je reste seul <input type="checkbox"/> Je vais me distraire <input type="checkbox"/>	
<b>IV - COMPORTEMENT SEXUEL</b> <b>Q5</b> 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"/>			<b>V - PRESERVATIF</b> <b>Q6</b> Avez-vous déjà au moins une fois utilisé le préservatif ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			<b>Q7</b> Actuellement, utilisez-vous le préservatif ? Systématiquement <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>			
<b>VI - IST-VIH</b> <b>Q8</b> Vous êtes-vous déjà fait soigner pour une IST ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		<b>Q9</b> Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		<b>VII - PRISE EN CHARGE</b> <b>Q10</b> 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 ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

## CONNAISSANCES SUR LE VIH

<b>VIII - VULNÉRABILITÉ</b> <b>Q11</b> 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"/>			<b>Q12</b> Pensez-vous que vous pourriez un jour attraper le Sida ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>			<b>Q13</b> Pensez-vous que le test du Sida est utile ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>			<b>IX - STIMULANTS</b> <b>Q14</b> 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"/>	
<b>X - CONDUITE ROUTIERE</b> <b>Q15</b> 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"/>		<b>XI - TRAITEMENT</b> <b>Q16</b> 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"/>			<b>XII - STATUT MATRIMONIAL</b> <b>Q17</b> Êtes-vous marié ou vivez-vous avec une partenaire stable ? oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Vous avez obtenu une majorité de ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		