

**Programme de Réhabilitation des Conducteurs aux Facultés Affaiblies
du Vermont (Vermont Impaired Driver Rehabilitation Program)
Informations sur l'Évaluation**

Mars 2024

Informations sur le Client					
Prénom:		Second Prénom:		Nom de Famille:	
Date de Naissance		Téléphone:		VT PID:	
Adresse:			Courriel:		
Niveau d'Éducation			Emploi:		

Type d'Infraction	Date d'Infraction	Infraction BAC

En signant ce formulaire, je certifie que toutes les informations que j'ai fournies sont vraies selon ma connaissance. Je comprends que je dois suivre le Programme IDRP dans son intégralité dans un délai de cinq (5) ans à compter de la présente date d'Évaluation, faute de quoi je serai tenu de recommencer le Programme, y compris de payer tous les frais applicables.

Signature du Client:		Date:	
----------------------	--	-------	--

Informations sur l'Évaluation (Doit être complété par l'évaluateur de l'IDRP)					
Lieu de l'Évaluation:			Date de l'Évaluation:		
Le Score au Test de Détection de Toxicomanie (Drug Abuse Screening Test (DAST))		Le Score au Test de Détection des Troubles Liés à l'Utilisation de l'Alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)):		Type de Contrevenant:	
Dernière utilisation (approximative)	Alcool:		Drogues:		
Commentaires de l'Évaluateur					

Antécédents de Consommation de Substances (alcool, cannabis, substances illicites):

Consommation actuelle de substances (alcool, cannabis, substances illicites):

Antécédents Familiaux:

Commentaires supplémentaires, domaines de préoccupation, recommandations de l'Évaluateur:

Traitement Nécessaire? Oui Non

Attentes de l'évaluateur pour le fournisseur de traitement de l'IDRP (c'est-à-dire les objectifs/comportements à aborder):

Entrevue de sortie requise? Oui Non

En signant ce formulaire, je certifie que toutes les informations fournies ici sont vraies selon ma meilleure connaissance.

Signature de l'Évaluateur de l'IDRP:		Date:	
Permis #:			
Nom du Superviseur & Permis # (dans le cas échéant):			

Vermont Impaired Driver Rehabilitation Program

Evaluation Information

March 2024

Client Information					
First Name:		Middle Initial:		Last Name:	
Date of Birth:		Phone:		VT PID:	
Address:			Email Address:		
Education Level:			Employment:		

Type of Offense	Date of Offense	Offense BAC

By signing this form, I attest all the information I provided is true to the best of my knowledge. I understand I must complete the IDRP in its entirety within five (5) years from this Evaluation date, or I will be required to restart the Program, including payment of all applicable fees.

Client Signature:		Date:	
-------------------	--	-------	--

Evaluation Information (To be completed by IDRP Evaluator)					
Location of Evaluation:				Date of Evaluation:	
DAST Score:		AUDIT Score:		Offender Type:	
Last use (approximate):	Alcohol:			Drugs:	

Evaluator Comments:

--

History of Substance Use (alcohol, cannabis, illicit substances):

--

Current Substance Use (alcohol, cannabis, illicit substances):

--

Family History:

[Empty text box for Family History]

Additional comments, areas of concern, Evaluator recommendations:

[Empty text box for Additional comments, areas of concern, Evaluator recommendations]

Treatment Required? Yes No

Evaluator expectations for IDRPs treatment provider (i.e. goals/behaviors to address):

[Empty text box for Evaluator expectations for IDRPs treatment provider]

Exit interview required? Yes No

By signing this form, I attest all the information provided here is true to the best of my knowledge.

IDRP Evaluator Signature:		Date:	
License #:			
Supervisor Name & License # (if applicable):			