

បញ្ជីត្រួតពិនិត្យអាការៈនៃការប្រើសារធាតុញៀន



| |
|---------------|
| Patient Label |
| Name: _____ |
| MRN: _____ |
| Date: _____ |

ដើម្បីជួយអ្នកនិងអ្នកផ្តល់សេវាឲ្យងាយយល់ថាតើរបៀបដែលអ្នកប្រើប្រាស់កញ្ចាញនិងសារធាតុផ្សេងទៀតអាចប៉ះពាល់សុខភាពអ្នកឬទេ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។

កាលពី 12 ខែមុន...

| | | |
|---|-------------------|-----------------|
| 1. តើអ្នកសង្កេតឃើញថាការប្រើសារធាតុដដែលលែងសូវមានឥទ្ធិពល ឬអ្នកត្រូវតែប្រើច្រើនជាងមុនដើម្បីមានប្រសិទ្ធភាពដូចកាលពីចាប់ផ្តើមប្រើដំបូង? | ទេ (No) | មែន (Yes) |
| 2. នៅពេលអ្នកកាត់បន្ថយឬឈប់ប្រើសារធាតុ តើអ្នកថយអាការៈទេ? តើអ្នកបានប្រើសារធាតុនេះឬសារធាតុផ្សេងដើម្បីជៀសវាងអាការៈទាំងនោះ? | ទេ (No) | មែន (Yes) |
| 3. ពេលអ្នកប្រើសារធាតុទាំងនេះ តើអ្នកបានប្រើច្រើនជាងមុន ឬយូរជាងមុនដែលអ្នកបានគ្រោងទុកឬទេ? | ទេ (No) | មែន (Yes) |
| 4. តើអ្នកបានចង់ ឬព្យាយាមកាត់បន្ថយឬឈប់ប្រើសារធាតុទាំងនេះ ប៉ុន្តែធ្វើមិនបាន? | ទេ (No) | មែន (Yes) |
| 5. តើអ្នកចំណាយពេលច្រើនដើម្បីបានសារធាតុ ប្រើប្រាស់សារធាតុ ឬស្វាងពីការប្រើសារធាតុ? | ទេ (No) | មែន (Yes) |
| 6. តើអ្នកនៅតែបន្តទទួលបានសារធាតុទោះបីជាអ្នកដឹង ឬសង្ស័យថាវាបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវចិត្ត ឬផ្លូវកាយកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ? | ទេ (No) | មែន (Yes) |
| 7. តើការទទួលបានសារធាតុនេះបានរំខានដល់ការទទួលខុសត្រូវនៅកន្លែងធ្វើការ នៅសាលា ឬនៅផ្ទះ? | ទេ (No) | មែន (Yes) |
| 8. តើអ្នកបានប្រើសារធាតុច្រើនជាងម្តងក្នុងស្ថានភាពដែលវាមានគ្រោះថ្នាក់ ដូចជាពេលបើកបរ ឡាន ឬបញ្ហាគ្រឿងចក្រ? | ទេ (No) | មែន (Yes) |
| 9. តើអ្នកបានប្រើសារធាតុទោះអ្នកដឹង ឬសង្ស័យថាវាបង្កឱ្យមានបញ្ហាជាមួយគ្រួសារ ឬមនុស្សដទៃ? | ទេ (No) | មែន (Yes) |
| 10. តើអ្នកធ្លាប់ចង់ទទួលបានឬចង់ប្រើសារធាតុនេះខ្លាំង? | មិនធ្លាប់ (No) | ធ្លាប់ (Yes) |
| 11. តើអ្នកបានចំណាយពេលតិចជាងមុនសម្រាប់ធ្វើការ កំសាន្ត ឬនៅជាមួយអ្នកដទៃដោយសារតែការប្រើសារធាតុនេះ? | ទេ (No) | មែន (Yes) |

សារធាតុដែលបានប្រើ (សូមគូសរង្វង់លើសារធាតុដែលបានប្រើ)៖

- អាភៀន
- កូកាអ៊ីន
- កញ្ចា
- បង់ហ្សូឌីយ៉ាពី/ថ្នាំស្ងប់អារម្មណ៍
- មេតាហ្វេតាមីន/ថ្នាំសប្បាយ
- ផ្សេងទៀត _____

Substance Use Symptom Checklist



Patient Label

To help you and your provider understand how your marijuana or other drug use might be affecting your health, please complete the following questions.

In the past 12 months...

| | | |
|--|----|-----|
| 1. Did you find that using the same amount of the substance has less effect than it used to or did you have to use more of the substance to get high or have the desired effect than when you started using? | No | Yes |
| 2. When you cut down or stop using the substance did you have withdrawal symptoms? Did you use the substance or take other substances to avoid those symptoms? | No | Yes |
| 3. When you have used the substance, did you use more or for longer than you planned to? | No | Yes |
| 4. Have you wanted to or tried to cut back or stop using the substance, but been unable to do so? | No | Yes |
| 5. Did you spend a lot of time obtaining the substance, using the substance or recovering from using the substance? | No | Yes |
| 6. Have you continued to use the substance even though you knew or suspected it creates or worsens mental or physical problems? | No | Yes |
| 7. Has using the substance interfered with your responsibilities at work, home or school? | No | Yes |
| 8. Have you been high or intoxicated by the substance more than once in situations where it was dangerous such as driving a car or operating machinery? | No | Yes |
| 9. Did you use the substance even though you knew or suspected it causes problems with your family or other people? | No | Yes |
| 10. Did you experience strong desires or cravings to use the substance? | No | Yes |
| 11. Did you spend less time working, enjoying hobbies or socializing with others because of your use of the substance? | No | Yes |

Substance(s) used (please circle all that apply):

- Opiates
- Cocaine
- Cannabis/Marijuana
- Benzodiazepines/Sedatives
- Methamphetamine/Stimulants
- Other _____