

ਪਦਾਰਥ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਲੱਛਣ ਬਾਰੇ ਚੈਕਲਿਸਟ

Patient Label
ਨਾਮ: _____
MRN: _____
ਮਿਤੀ: _____

ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਇਹ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਭੰਗ ਜਾਂ ਹੋਰ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਰਹੀ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਲੇ ਸਵਾਲਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ...

1. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਅਸਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵੱਧ ਨਸ਼ਾ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿਆਦਾ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਸੀ ਉਸਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਇੱਛੁਕ ਪ੍ਰਭਾਵ ਸੀ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
2. ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪਦਾਰਥਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਜਾਂ ਵਰਤੋਂ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਛੱਡਣ ਦੇ ਲੱਛਣ ਸਨ? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ਾਂ ਲਈਆਂ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
3. ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚੇ ਹੋਏ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਇਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਸੀ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
4. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਦਾਰਥਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਜਾਂ ਵਰਤਣਾ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਚਾਹਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਪਰ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਰਹੇ ਹੋ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
5. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਦਾਰਥ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਜਾਂ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਸਾਰਾ ਸਮਾਂ ਬਿਤਾਇਆ ਸੀ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
6. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪਦਾਰਥ ਨੂੰ ਵਰਤਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖਦੇ ਹੋ ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਸੀ ਜਾਂ ਸ਼ੱਕ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਮਾਨਸਿਕ ਜਾਂ ਸਰੀਰਕ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਵਿਗਾੜਦਾ ਹੈ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
7. ਕੰਮ, ਘਰ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਵਿੱਚ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
8. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਾਰੀ ਪਦਾਰਥ ਦੁਆਰਾ ਵਧੇਰੇ ਨਸ਼ਾ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਸ਼ੇ ਵਿੱਚ ਹੋ ਗਏ ਹੋ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਇੱਕ ਕਾਰ ਜਾਂ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਮਸ਼ੀਨ ਚਲਾਉਂਦੇ ਹੋਏ ਖਤਰਨਾਕ ਸੀ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
9. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਸੀ ਜਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸ਼ੱਕ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
10. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਮਜ਼ਬੂਤ ਇੱਛਾਵਾਂ ਜਾਂ ਲਾਲਚਾਂ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਹੋਇਆ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)
11. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਕਰਨ, ਸ਼ੌਕ ਦਾ ਆਨੰਦ ਲੈਣ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਦੂਸਰਿਆਂ ਨਾਲ ਮਿਲਵਰਤਣ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਸਮਾਂ ਬਿਤਾਇਆ ਹੈ?	ਨਹੀਂ (No)	ਹਾਂ (Yes)

ਵਰਤੋਂ ਗਏ ਪਦਾਰਥ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲਿਆਂ 'ਤੇ ਗੋਲ ਚੱਕਰ ਖਿੱਚੋ):

- ਅਫੀਮ
- ਗਾਂਜਾ/ਭੰਗ
- ਮੈਥੈਂਟਾਮਾਈਨ/ਸਟਿਲਮੂਲੈਟਸ
- ਕੋਕੀਨ
- ਬੈਨਜ਼ੋਡਿਆਜੀਪੀਨਸ/ਸੇਡੀਟੀਵਜ਼
- ਹੋਰ _____

Substance Use Symptom Checklist



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

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):

- Cannabis/Marijuana
- Opiates (like heroin, OxyContin, Vicodin)
- Methamphetamine/Stimulants (like crystal meth, "speed," Ritalin)
- Benzodiazepines/Sedatives (like Xanax, Klonopin, Librium, Valium)
- Cocaine
- Other _____