

Listahan ng Sintomas ng Paggamit ng Substansya

Patient Label
Pangalan: _____
MRN: _____
Petsa: _____

Upang tulungan kayo at ang inyong tagapagbigay ng serbisyo na maintindihan kung paano maaaring inaapektuhan ng paggamit ninyo ng marijuana o iba pang droga ang inyong kalusugan, mangyaring sagutin ang mga sumusunod na tanong.

**Sa nakalipas na 12 buwan...**

1. Nalaman ba ninyo na ang paggamit ng parehong dami ng substansya ay may mas kaunting epekto kaysa sa dati o kinailangan ba ninyong gumamit ng mas marami sa substansya upang magkaroon ng high o makamit ang ninanais na epekto kaysa noong nagsimula kayong gumamit?	Hindi (No)	Oo (Yes)
2. Kapag binabawasan o itinitigil ninyo ang paggamit ng substansya nagkaroon ba kayo ng mga sintomas ng pagtigil (withdrawal)? Ginamit ba ninyo ang substansya o gumamit ng iba pang mga substansya upang maiwasan ang mga sintomas na ito?	Hindi (No)	Oo (Yes)
3. Noong ginamit ninyo ang substansya, gumamit ba kayo ng mas marami o nang mas matagal kaysa sa binalak ninyo?	Hindi (No)	Oo (Yes)
4. Ginusto o sinubukan ba ninyong bawasan o itigil ang paggamit sa substansya, ngunit hindi ninyo nagawa ito?	Hindi (No)	Oo (Yes)
5. Gumugol ba kayo ng maraming panahon para makakuha ng substansya, gumamit ng substansya o mahimasmasan mula sa paggamit sa substansya?	Hindi (No)	Oo (Yes)
6. Ipinagpatuloy ba ninyo ang paggamit sa substansya kahit nabatid o pinaghinalaan ninyo na ito ay nagdudulot o nagpapalala ng mga problema sa pag-iisip o katawan?	Hindi (No)	Oo (Yes)
7. Nakagambala ba ang paggamit ng substansya sa inyong mga responsibilidad sa trabaho, bahay o paaralan?	Hindi (No)	Oo (Yes)
8. Kayo ba ay nagkaroon na ng high o nalasing ng substansya nang higit kaysa sa isang beses sa mga sitwasyon kung saan mapanganib tulad ng pagmamaneho ng kotse o pagpapa-andar ng makinarya?	Hindi (No)	Oo (Yes)
9. Ginamit ba ninyo ang substansya kahit pa alam o naghinala kayo na ito ay nagdudulot ng mga problema sa inyong pamilya o iba pang mga tao?	Hindi (No)	Oo (Yes)
10. Nakaranas ba kayo ng malakas na pagnanais o paghahangad na gamitin ang substansya?	Hindi (No)	Oo (Yes)
11. Gumugol ba kayo ng mas kaunting panahon sa pagtatrabaho, paggawa ng mga kinahihiligang gawain, o pagsama sa ibang mga tao dahil sa paggamit ninyo ng substansya?	Hindi (No)	Oo (Yes)

**(Mga) substansyang ginamit (pakibilugan ang lahat ng naaangkop):**

- Mga opiate
- Cannabis/Marijuana
- Methamphetamine/Stimulants
- Cocaine
- Benzodiazepines/Sedatives
- Iba pa \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_