



Patient Label

Ім'я: _____

Номер медичної карти: _____

Дата: _____

Дайте відповідь на нижченаведені запитання, щоб допомогти вам і медичним організаціям зрозуміти, як вживання марихуани або інших речовин може вплинути на ваше здоров'я.

Впродовж останніх 12 місяців...

1. Ви виявили, що вживання такої ж кількості речовин має менший ефект, ніж раніше, або що ви мали приймати більшу кількість речовини, щоб відчувати бажаний ефект, ніж коли ви почали приймати речовини?	Hi (No)	Так (Yes)
2. Коли ви припинили вживати речовини, чи відчували ви симптоми відміни? Ви приймали ті самі або інші речовини, щоб уникнути цих симптомів?	Hi (No)	Так (Yes)
3. Під час вживання речовин ви вживали більше або довше, ніж ви планували?	Hi (No)	Так (Yes)
4. Ви хотіли або намагалися скоротити або припинити вживання речовин, але не змогли це зробити?	Hi (No)	Так (Yes)
5. Чи витрачали ви багато часу на пошук чи вживання речовин, або відновлюючись після вживання?	Hi (No)	Так (Yes)
6. Чи продовжували ви приймати речовини, навіть якщо ви знали або підозрювали, що це створює або погіршує психічні або фізичні проблеми?	Hi (No)	Так (Yes)
7. Вживання речовин заважало вашим обов'язкам на роботі, вдома або в навчанні?	Hi (No)	Так (Yes)
8. Чи траплялося вам неодноразово перебувати в стані наркотичного сп'яніння в небезпечних ситуаціях, наприклад, під час водіння автомобіля або керуванні іншою технікою?	Hi (No)	Так (Yes)
9. Чи споживали ви речовини, навіть якщо знали або підозрювали, що це спричиняє проблеми вашій родині або іншим людям?	Hi (No)	Так (Yes)
10. Чи відчували ви сильне бажання або прагнення вживати речовини?	Hi (No)	Так (Yes)
11. Чи приділяли ви менше часу роботі, улюбленим заняттям або спілкуванню з іншими людьми через вживання речовин?	Hi (No)	Так (Yes)

Речовини, які ви приймали (обведіть всі відповідні варіанти):

- Опіати
- Кокаїн
- Конопля/марихуана
- Бензодіазепіни/Седативні засоби
- Метамфетамін/Стимулятори
- Інше _____

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 _____