

Danh Sách Kiểm Triệu Chứng Sử Dụng Các Chất

Patient Label

Để giúp quý vị và nhà cung cấp của quý vị hiểu việc sử dụng cần sa hoặc chất ma túy khác của quý vị có thể sẽ ảnh hưởng như thế nào đến sức khỏe của quý vị, xin vui lòng hoàn thành những câu hỏi dưới đây.

Trong 12 tháng qua...

1. Quý vị có nhận thấy rằng việc dùng cùng một lượng chất này ảnh hưởng ít hơn so với trước đây hay quý vị phải dùng nhiều chất hơn để thỏa mãn hoặc đạt được tác dụng mong muốn so với khi quý vị bắt đầu sử dụng không?	Không (No)	Có (Yes)
2. Khi quý vị giảm bớt hoặc ngừng sử dụng chất này, quý vị có hết triệu chứng không? Quý vị có sử dụng chất này hay các chất khác để tránh những triệu chứng đó không?	Không (No)	Có (Yes)
3. Khi quý vị đã sử dụng chất này, quý vị có dùng nhiều hơn hoặc lâu hơn so với dự tính của quý vị không?	Không (No)	Có (Yes)
4. Quý vị đã từng muốn hoặc cố gắng giảm bớt hoặc ngừng sử dụng chất này nhưng đã không thể làm được như vậy không?	Không (No)	Có (Yes)
5. Quý vị có mất nhiều thời gian để kiểm, sử dụng chất này, hay hồi phục từ việc sử dụng chất này không?	Không (No)	Có (Yes)
6. Quý vị vẫn tiếp tục sử dụng chất này ngay cả khi quý vị biết hoặc nghi ngờ rằng chất này tạo ra hoặc làm xấu hơn các vấn đề về thần kinh hoặc thể chất không?	Không (No)	Có (Yes)
7. Việc sử dụng chất này có gây trở ngại đến trách nhiệm của quý vị tại nơi làm việc, trường học, hay gia đình không?	Không (No)	Có (Yes)
8. Quý vị đã từng phê hoặc bị say chất này hơn một lần trong những tình huống nguy hiểm như lái xe hoặc vận hành máy móc không?	Không (No)	Có (Yes)
9. Quý vị có sử dụng chất này mặc dù quý vị biết hoặc nghi ngờ nó gây ra các vấn đề cho gia đình quý vị hoặc những người khác không?	Không (No)	Có (Yes)
10. Quý vị đã trải qua mong muốn hoặc khát khao sử dụng chất này không?	Không (No)	Có (Yes)
11. Quý vị đã dành ít thời gian hơn để làm việc, tận hưởng những sở thích hoặc giao lưu với những người khác do sử dụng chất này không?	Không (No)	Có (Yes)

(Các) chất đã sử dụng (xin vui lòng khoanh tròn tất cả các câu trả lời phù hợp):

- Thuốc phiện
- Cần sa
- Methamphetamine/Chất kích thích
- Côcain
- Benzodiazepines/Thuốc giảm đau
- Các chất khác _____

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):

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