

የአደንዛዥ እፅ መጠቀም ምልክት ቼክሊስት

Patient Label

ስም: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

ቀን: \_\_\_\_\_

ማሪዋና ወይም ሌላ አደንዛዥ እፅ መውሰድ ጤናዎትን እንዴት እንደሚጎዳው እርስዎና አገልግሎት ሰጪው እንትረዱ ለማገዝ፣ እባክዎን እነዚህን ጥያቄዎች ይመልሱ።

ባለፉት 12 ወራት ...

1. ተመሳሳይ መጠን ያለው አደንዛዥ እፅ መጠቀም በፊት ከነበረው ተፅእኖ የሚቀንስ እንደሆነ ያውቃሉ ወይም መጠቀም ከመጀመርዎ በላይ የበለጠ እንዲጠዘ ወይም እንዲረኩ ብለው ብዙ አደንዛዥ እፅ ተጠቅመዋል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
2. የሚወስዱት የአደንዛዥ እፅ መጠን ሲቀንሱ ወይም መጠቀም ሲያቆሙ ተከትለው የሚመጡ ምልክቶች ነበረብዎት? ምልክቶቹን ለማጥፋት ብለው አደንዛዥ እፅ ወይም ሌላ አይነት አደንዛዥ እፅ ተጠቅመዋል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
3. አደንዛዥ እፅ ሲጠቀሙ ብዙ ወይም ካሰቡት በላይ ለሆነ ጊዜ ተጠቅመዋል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
4. አደንዛዥ እፅ መውሰድ ለመቀነስ ወይም ለማቆም ፈልገው ወይም ሞክረው ሳይሳካልዎት ቀርቶ ያውቃል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
5. አደንዛዥ እፅ ለመግዛት፣ ለመውሰድ ወይም ከሱ ለማገገም ብዙ ጊዜ ወስደዋል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
6. አእምሯዊ ወይም አከላዊ ችግር እንደሚፈጥር ወይም እንደሚያባብስ እያወቁ ወይም እየጠረጠሩም ቢሆን አደንዛዥ እፅን መውሰድ ቀጥለዋል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
7. አደንዛዥ እፅ መጠቀም በስራ፣ ቤት ወይም ትምህርት ቤት ውስጥ ያልዎት ሃላፊነት ላይ ተፅእኖ አሳድሯል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
8. መኪና መንዳት ወይም ማሽን ማንቀሳቀስ የመሳሰሉ አደገኛ ሁኔታዎች ያሉበት ሁኔታ ላይ ሆነው ከአንድ ጊዜ በላይ አደንዛዥ እፅ ወስደው ጠዘው ወይም ስክረው ያውቃሉ?	የለም (No)	አዎ (Yes)
9. አደንዛዥ እፅ መጠቀም ከቤተሰብ ወይም ሌሎች ሰዎች ጋር ችግር እንደሚያስከትል እያወቁ ወይም እየጠረጠሩም ቢሆን ጠጥተዋል?	የለም (No)	አዎ (Yes)
10. አደንዛዥ እፅ ለመውሰድ ከፍተኛ ፍላጎት ወይም ጉጉት አድርጎብዎት ነበር?	የለም (No)	አዎ (Yes)
11. አደንዛዥ እፅ በመጠቀምዎ ምክንያት በስራ፣ በትርፍ ሰአት የሚያዘናናዎት ነገር ማድረግ፣ ወይም ከሌሎች ሰዎች ጋር መሆን የሚያሳልፉት ጊዜ ቀንሶ ነበር?	የለም (No)	አዎ (Yes)

የተጠቀምባቸው የእፅ አይነቶች (የሚመለከትዎት ሁሉ ላይ ያኩበቡ):

- አፒዮም
- ካናቢስ/ማሪዋና
- ሜታምፊኦታሚን/ማነቃቅያዎች
- ኮኬይን
- ቤንዛዲያዘፒን/የእንቅልፍ ክኒን
- ሌላ \_\_\_\_\_

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