

لمساعدتك ومساعدة موفر الخدمة على فهم كيفية تأثير تعاطيك للماريجوانا أو تعاطي المخدرات الأخرى على صحتك، يُرجى إكمال الأسئلة التالية.

Patient Label

الاسم: _____
 رقم السجل الطبي: _____
 التاريخ: _____

خلال الاثني عشر شهرًا الماضية...

نعم (Yes)	لا (No)	1. هل وجدت أن تعاطي نفس الكمية من المخدرات له تأثير أقل مما كان عليه أو كان عليك تعاطي المزيد من المخدرات لتنتشي أو تحصل على التأثير المرغوب فيه أكثر مما كنت عليه عند بدئك التعاطي؟
نعم (Yes)	لا (No)	2. هل كنت تعاني من أعراض انسحاب عند خفضك لكمية تعاطي المخدرات أو التوقف عن تعاطي المخدرات؟ هل تتعاطى المخدرات أو تتناول مواد أخرى لتجنب هذه الأعراض؟
نعم (Yes)	لا (No)	3. عندما كنت تتعاطى المخدرات، هل كنت تتعاطى كميات أكبر أو لفترة أطول مما كنت تخطط له؟
نعم (Yes)	لا (No)	4. هل كنت تريد أو حاولت التقليل من تعاطي المخدرات أو التوقف عنها، ولكنك لم تتمكن من ذلك؟
نعم (Yes)	لا (No)	5. هل قضيت الكثير من الوقت في الحصول على المخدرات أو تعاطي المخدرات أو التعافي من تعاطي المخدرات؟
نعم (Yes)	لا (No)	6. هل واصلت تعاطي المخدرات على الرغم من أنك تعرف أو تظن أنها تثير المشكلات النفسية أو الجسدية أو تزيدها سوءاً؟
نعم (Yes)	لا (No)	7. هل تعارض تعاطيك للمخدرات مع مسؤولياتك في العمل أو المنزل أو المدرسة؟
نعم (Yes)	لا (No)	8. هل كنت منتشياً أكثر من مرة في حالات كان من الخطر أن تكون منتشياً فيها، مثل قيادة السيارة أو تشغيل المعدات؟
نعم (Yes)	لا (No)	9. هل تعاطيت المخدرات على الرغم من أنك تعرف أو تظن أنها تتسبب في حدوث المشكلات مع عائلتك أو الآخرين؟
نعم (Yes)	لا (No)	10. هل شعرت برغبات قوية أو ملحة لتعاطي المخدرات؟
نعم (Yes)	لا (No)	11. هل قضيت وقتاً أقل في العمل أو الاستمتاع بممارسة الهوايات أو مع الآخرين بسبب تعاطيك للمخدرات؟

المخدر (المخدرات) المستخدمة (يُرجى وضع دائرة حول كل ما ينطبق):

- الكوكايين
- البنزوديازيبينات/المهدئات
- مواد أخرى _____
- المواد الأفيونية
- الحشيش المخدر/الماريجوانا
- الميتامفيتامين/المنشطات

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 _____