

برای کمک به شما و ارائه دهنده تان نسبت به درک بهتر نحوه تأثیر مصرف ماریجوانا یا سایر مواد مخدر بر سلامتتان، لطفاً به سؤال های زیر پاسخ دهید.

Patient Label

نام: _____
 شماره پرونده پزشکی: _____
 تاریخ: _____

در 12 ماه گذشته...

بله (Yes)	خیر (No)	1. آیا مصرف میزان مشابهی از مواد مخدر تأثیر کمتری نسبت به قبل داشته، یا برای اینکه در مقایسه با اوایل شروع مصرف به حالت نشنگی برسید یا حس خوبی پیدا کنید باید مواد مخدر بیشتری مصرف می کردید؟
بله (Yes)	خیر (No)	2. وقتی مصرف مواد مخدر را کم یا متوقف کردید، آیا علائمی ناشی از ترک مواد در خود مشاهده کردید؟ آیا برای رفع این علائم، از همان ماده مخدر یا ماده مخدر دیگری استفاده کردید؟
بله (Yes)	خیر (No)	3. وقتی مواد مخدر مصرف می کردید، بیش از آنچه که در نظر داشتید یا برای مدتی بیشتر از آنچه که قصد داشتید مصرف می کردید؟
بله (Yes)	خیر (No)	4. آیا سعی کردید یا خواستید که مصرف مواد مخدر را کم کرده یا متوقف کنید اما موفق نشدید؟
بله (Yes)	خیر (No)	5. آیا زمان زیادی را صرف تهیه مواد مخدر، مصرف آن یا برگشت از حالت نشنگی می کردید؟
بله (Yes)	خیر (No)	6. آیا با وجود اینکه می دانستید یا حدس می زدید که مصرف مواد مخدر باعث بروز مشکلات ذهنی و فیزیکی می شود یا این مشکلات را تشدید می کند، باز هم به مصرف ادامه می دادید؟
بله (Yes)	خیر (No)	7. آیا مصرف مواد مخدر در مسئولیت های شما در محل کار، مدرسه یا خانه تداخلی ایجاد کرده بود؟
بله (Yes)	خیر (No)	8. آیا در شرایط خطرناک مثل رانندگی یا کار کردن با ماشین آلات بیش از یک بار در نتیجه استفاده از مواد مخدر دچار حالت مستی یا نشنگی شدید؟
بله (Yes)	خیر (No)	9. آیا با وجودی که می دانستید یا حدس می زدید که مصرف مواد مخدر باعث می شود با خانواده یا سایر افراد دچار مشکل شوید باز هم این کار را ادامه می دادید؟
بله (Yes)	خیر (No)	10. آیا علاقه و تمایل شدیدی برای مصرف مواد مخدر داشتید؟
بله (Yes)	خیر (No)	11. آیا به خاطر مصرف مواد مخدر زمان کمتری را صرف کار، لذت بردن از چیزهای دلخواه یا گذراندن وقت با دیگران می کردید؟

مواد مخدر استفاده شده (لطفاً دور همه موارد مرتبط را علامت بزنید):

- تریاک
- کوکائین
- حشیش/ماریجوانا
- بنزودیازپین/مسکن
- متامفتامین/محرک ها
- سایر موارد _____

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 _____