Substance Use Symptom Checklist--Hindi

उपयोग किए गए पदार्थों की परीक्षण सूची

KAISER PERMANENTE®

Patient Label
नाम :________________________
MRN: ________________________
दिनांक: ______________________

आप और आपके प्रदाता को यह समझने में सहायता करने के लिये कि मारिजुआना या अन्य ड्रग का उपयोग आपका स्वास्थ्य कैसे प्रभावित कर रहा है, कृपया निम्नलिखित प्रश्नों का उत्तर दें

पिछले 12 माह में ...

1. क्या आपको ऐसा लगा कि पदार्थ के आदि होने की तुलना में उसका समान मात्रा में उपयोग करने से इसका कम प्रभाव पड़ता है या जब आपने इसका उपयोग करना शुरू किया था तब से आपको अधिक नशा करने या वांछित प्रभाव के लिये पदार्थ की अधिक मात्रा का उपयोग करना पड़ता है?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
2. जब आप पदार्थ का सेवन कम या बंद कर देते हैं तो क्या आप प्रत्याहार लक्षणों का अनुभव करते हैं? क्या आपने उन लक्षणों से बचने के लिये उस पदार्थ या अन्य किसी पदार्थ का सेवन किया?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
3. जब आपने पदार्थ का उपयोग किया, तो क्या आपने जितना सोचा था उससे अधिक या लंबे समय तक उपयोग किया?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
4. क्या आप पदार्थ का उपयोग कम करना या बंद करना चाहते थे या आपने ऐसा करने की कोशिश की, लेकिन आप ऐसा करने में असफल रहे?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
5. क्या आपने कभी पदार्थ प्राप्त करने, पदार्थ का उपयोग करने या पदार्थ के सेवन के बाद सामान्य स्थिति में आने में बहुत समय बिताया है?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
6. क्या आपने यह जानने या पता होने के बावजूद पदार्थों का उपयोग करना जारी रखा कि इससे मानसिक या शारीरिक समस्याएँ उत्पन्न होती हैं या और बिगड़ती हैं?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
7. क्या आपके द्वारा पदार्थ का सेवन करने से आपके घर, काम या स्कूल के प्रति आपकी ज़िम्मेदारियाँ प्रभावित हुई हैं?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
8. क्या आप ऐसी परिस्थितियों में एक से अधिक बार पदार्थ की वजह से नशे में थे, जहाँ यह खतरनाक था, जैसे कार चलाने या मशीनरी का संचालन करते समय?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
9. क्या आप यह जानते हुए या पता लगने के बाद भी पदार्थ का सेवन करते थे कि इससे आपके परिवार या अन्य लोगों को समस्याएँ होती हैं?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
10. क्या आपको पदार्थ का सेवन करने के लिए तीव्र इच्छाएँ या लालसा का अनुभव होता है?	नहीं (No)	हाँ (Yes)
11. क्या आपने पदार्थ के सेवन की वजह से अपने काम, रूचियों या अन्य लोगों के साथ सामाजिक होने में कम समय व्यतित किया है?	नहीं (No)	हाँ (Yes)

उपयोग किया गया पदार्थ (कृपया लागू होने वाले सभी विकल्पों पर गोला लगाएँ):

- अफ़ीम
- भाँग/मारिजुआना
- मिथाफेटामाइन/उत्तेजक पदार्थ
- कोकेन
- बेंजोडाइजेपाइन/सिडेटिव
- अन्य ______________________________

Substance Use Symptom Checklist

KAISER PERMANENTE®

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 ______________________