

แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (ASSIST)

Client name:

Date of Birth:

Sex:

ข้อแนะนำ (กรุณาอ่านให้ผู้ป่วยฟัง)

คำถามต่อไปนี้เป็นเกี่ยวกับประสบการณ์ของคุณในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสารเสพติดชนิดอื่นๆตลอดชีวิตของคุณและภายในสามเดือนที่ผ่านมา สารเสพติดเหล่านี้อาจจะใช้โดยการสูบ กลิ่น นัตถ์ สุดดม ฉีด หรือกินเป็นยาเม็ดก็ได้ (แสดงบัตรคำตอบ)

คุณอาจได้รับสารเสพติดเหล่านี้บางชนิดโดยแพทย์สั่งให้ (เช่น ยาแก้ปวดประสาท ยาแก้ปวด) ในการ

สัมภาษณ์ครั้งนี้ เราจะไม่รวมถึงยาต่างๆ ที่คุณได้รับจากแพทย์ อย่างไรก็ตาม ถ้าคุณใช้ยาเหล่านี้ด้วยเหตุผลอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง หรือใช้บ่อยกว่าหรือปริมาณมากกว่าที่แพทย์สั่ง กรุณาแจ้งให้ผม/ดิฉันทราบด้วย

คำถามเหล่านี้จะรวมถึงการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายของคุณ โปรดมั่นใจว่า เราจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยว

	คู่มือคะแนน	ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยาเส้นแบบเคี้ยว ชิการ์ ฯลฯ)	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา เบียร์ ไวน์)	กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	ยากระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาไอซ์ สปีด ยาลดความอ้วน ฯลฯ)	สารระเหย (กาว ทินเนอร์ เบนซิน ไนตรัส ฯลฯ)	ยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลียม โรซิปรอล ดอไมกัม มาโน โซแลม ฯลฯ)	ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี แอซิด เห็ดเมา พิซซี ยาเค ฯลฯ)	สารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟีน เมทาโดน บูพริโนเฟน โคเดอีน ฯลฯ)	สารเสพติดอื่นๆ (Kava, GHB, คาเฟอีนเกินปกติ)
คำถามที่ 1. ในชีวิตของคุณ คุณเคยใช้สารเสพติดต่อไปนี้หรือไม่ (การใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง)	โปรดกาคำตอบในช่องของคุณเคยใช้สารเสพติดต่อไปนี้หรือไม่ (การใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง) ถ้าตอบ "ไม่เคย" ทุกข้อ จบการสัมภาษณ์ ถ้าตอบ "เคย" ข้อใดข้อหนึ่ง ถามคำถามที่ 2 ต่อสำหรับสารเสพติดแต่ละชนิดที่เคยใช้	เคย ไม่เคย	เคย ไม่เคย	เคย ไม่เคย	เคย ไม่เคย	เคย ไม่เคย	เคย ไม่เคย	เคย ไม่เคย	เคย ไม่เคย	เคย ไม่เคย	เคย ไม่เคย
คำถามที่ 2. ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คุณใช้สารเสพติดแต่ละชนิดที่เคยใช้ บ่อยเพียงไร	0 – ไม่เคย 2 – 1-2 ครั้ง 3 – ทุกเดือน 4 – ทุกสัปดาห์ 6 – เกือบทุกวัน										
คำถามที่ 3. ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกอยากที่จะใช้สารเสพติด แต่ละชนิดที่เคยใช้ อย่างรุนแรงบ่อยเพียงไร	0 – ไม่เคย 3 – 1-2 ครั้ง 4 – ทุกเดือน 5 – ทุกสัปดาห์ 6 – เกือบทุกวัน										
คำถามที่ 4. ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา การใช้สารเสพติดแต่ละชนิดที่เคยใช้ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือ การเงินกับคุณ บ่อยเพียงไร	0 – ไม่เคย 4 – 1-2 ครั้ง 5 – ทุกเดือน 6 – ทุกสัปดาห์ 7 – เกือบทุกวัน										

ถามเพิ่มเติมหากทุกข้อตอบว่า ไม่เคย: "ไม่เคยเลยแม้กระทั่งตอนที่คุณยังเรียนหนังสืออยู่หรือ"

ถ้าตอบ "ไม่เคย" ใช้สารทุกตัวในคำถามที่ 2 ให้ข้ามไปคำถามที่ 6, ถ้าเคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในสามเดือนที่ผ่านมา ให้ถามคำถามที่ 3, 4 และ 5 สำหรับสารเสพติดแต่ละชนิดที่เคยใช้ไป

ต่อไปด้านหลัง

ต่อจากหน้าก่อนหน้า

	คู่มือคะแนน	ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยาเส้นแบบ เคียว ชิการ์ ฯลฯ)	เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ (สุรา เบียร์ ไวน์)	กัญชา (กัญชาแห้ง ยาง กัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	ยากระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาไอซ์ สปีด ยาลดความอ้วน ฯลฯ)	สารระเหย (กาว ทินเนอร์ ริ เบนซิน ไนโตรส ฯลฯ)	ยากล่อมประสาท หรือยานอนหลับ (วาเลียม โรฮิปนอล ดอมิคุม มาโน โซ แลม ฯลฯ)	ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี แอซิด เท็ด เมา พิซซีฟ ยาเค ฯลฯ)	สารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟีน เมทาโดน บูพรีนอร์ฟิน โคเด อีน ฯลฯ)	สารเสพติดอื่นๆ (Kava, GHB, คาเฟอีนเกินปกติ)
คำถามที่ 5. ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คุณไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรทำได้ตามปกติ เนื่องจากคุณใช้สารเสพติด แต่ละชนิดที่เคยใช้บ่อยเพียงไร	0 – ไม่เคย 5 – 1-2 ครั้ง 6 – ทุกเดือน 7 – ทุกสัปดาห์ 8 – เกือบทุกวัน	ไม่ต้องถามคำถามที่ 5 สำหรับยาสูบ									

ถามคำถามที่ 6 และ 7 สำหรับสารเสพติดทุกชนิดที่เคยใช้ (สารเสพติดที่ตอบว่า “เคย” ใช้ในคำถามที่ 1)

คำถามที่ 6. เพื่อนฝูง ญาติ หรือคนในแคแสดงความกังวลหรือตักเตือนคุณเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด แต่ละชนิดที่เคยใช้ ของคุณหรือไม่	0 – ไม่เคย 6 – เคย, ภายใน 3 เดือนนี้ 3 – เคย, ก่อน 3 เดือนนี้										
คำถามที่ 7. คุณเคยพยายามหยุด หรือใช้สารเสพติด แต่ละชนิดที่เคยใช้ ให้น้อยลง แต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่	0 – ไม่เคย 6 – เคย, ภายใน 3 เดือนนี้ 3 – เคย, ก่อน 3 เดือนนี้										

คำถามที่ 8. คุณเคยใช้สารเสพติดใดๆ โดยการฉ้อหรือไม่ (การใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง)	เคย ไม่เคย	<p>ถ้า เคย – ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการฉ้อ ในการให้คำปรึกษาแบบสั้น และข้อมูลสำหรับนำกลับบ้าน</p> <p>ถ้า ไม่เคย - ไม่ต้องทำอะไร</p>									
--	---------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

คะแนนรวม											
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ตีความคะแนน

ความเสี่ยง	ต่ำ (ยา 0-3, แอลกอฮอล์ 0-10)	ปานกลาง (ยา 4-26, แอลกอฮอล์ 11-26)	สูง (27 ขึ้นไป)
การรักษา	คำแนะนำสั้น ๆ เกี่ยวกับการใช้ในรูปแบบปัจจุบัน	การให้คำปรึกษาแบบสั้น และข้อมูลสำหรับนำกลับบ้าน	การให้คำปรึกษาแบบสั้น และข้อมูลสำหรับนำกลับบ้าน
การส่งต่อ	ไม่ต้องส่งต่อ	ไม่ต้องส่งต่อ	ส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเพื่อการประเมินเพิ่มเติม

เก็บข้อมูล โดย:	ชื่อ:	ตำแหน่ง/ต้นสังกัด:	
	ลงนาม:	วันที่:	เบอร์ติดต่อ: