

แบบคัดกรองประสิทธิภาพการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (ASSIST V3.1)

ชื่อผู้รับบริการ		เลขที่ประจำตัว	
ชื่อผู้สัมภาษณ์		วันที่สัมภาษณ์	
		ชื่อหน่วยบริการ	

ข้อแนะนำ (กรุณาอ่านให้ผู้ป่วยฟัง)

- คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับประสบการณ์ของคุณในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสารเสพติดชนิดอื่นๆ ตลอดชีวิตของคุณและภายในสามเดือนที่ผ่านมา สารเสพติดเหล่านี้อาจจะใช้โดยการสูบ กลืน นัด สูดดม ฉีด หรือกินเป็นยาเม็ด ก็ได้ (แสดงบัตรคำตอบ)
- คุณอาจได้รับสารเสพติดเหล่านี้บางชนิดโดยแพทย์สั่งให้ (เช่น ยาแก้ปวดประสาท ยาแก้ปวด) ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้เราจะไม่รวมถึงยาต่างๆ ที่คุณได้รับจากแพทย์ อย่างไรก็ตาม หากคุณใช้ยาเหล่านี้ด้วยเหตุผลอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง หรือใช้บ่อยกว่าหรือปริมาณมากกว่าที่แพทย์สั่ง กรุณาแจ้งให้ผม/ดิฉันทราบด้วย
- คำถามเหล่านี้จะรวมถึงการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายของคุณ โปรดมั่นใจว่า เราจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดของคุณเป็นความลับที่สุด

หมายเหตุ: ก่อนถามคำถาม ให้บัตรคำตอบ ASSIST แก่ผู้ป่วย

คำถามที่ 1 (โปรดกาคำตอบในช่องของสารเสพติดแต่ละชนิด)

ในชีวิตของคุณ คุณเคยใช้สารเสพติดต่อไปนี้หรือไม่ (การใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง)

a. ผลิตภัณฑยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้นแบบเคี้ยว ชิการ์ ฯลฯ)	ไม่เคย	เคย
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา เบียร์ ไวน์)	ไม่เคย	เคย
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	ไม่เคย	เคย
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	ไม่เคย	เคย
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาไอซ์ สปีด ยาลดความอ้วน ฯลฯ)	ไม่เคย	เคย
f. สารระเหย (กาว ทินเนอร์ เบนซิน ไนตรัส ฯลฯ)	ไม่เคย	เคย
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลียม โรฮิปนอล ดอมิแกม มาโน โซแลม ฯลฯ)	ไม่เคย	เคย
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี แอซิด เห็ดเมา พิซีพี ยาเค ฯลฯ)	ไม่เคย	เคย
i. สารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เมทาโดน บูพริโนฟิน โคเดอีน ฯลฯ)	ไม่เคย	เคย
j. สารเสพติดอื่นๆ ระบุ	ไม่เคย	เคย

ถามเพิ่มเติมหากทุกข้อตอบว่า **ไม่เคย**:
**“ไม่เคยเลยแม้กระทั่งตอนที่คุณ
 ยังเรียนหนังสืออยู่หรือ”**

ถ้าตอบ **“ไม่เคย”** ทุกข้อ จบการสัมภาษณ์
 ถ้าตอบ **“เคย”** ข้อใดข้อหนึ่ง ถามคำถามที่ 2 ต่อ
 สำหรับสารเสพติดแต่ละชนิดที่เคยใช้

คำถามที่ 2

ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คุณใช้สาร.....
(สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง) บ่อยเพียงไร

	ไม่ เคย	1-2 ครั้ง	ทุก เดือน	ทุก สัปดาห์	เกือบ ทุกวัน
a. ผลิตภัณฑยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้นแบบเคี้ยว ชิการ์ ฯลฯ)	0	2	3	4	6
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา เบียร์ ไวน์)	0	2	3	4	6
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	2	3	4	6
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	2	3	4	6
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาไอซ์ สปีด ยาลดความอ้วน ฯลฯ)	0	2	3	4	6
f. สารระเหย (กาว ทินเนอร์ เบนซิน ไนตรัส ฯลฯ)	0	2	3	4	6
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลียม โรฮิปนอล ดอมิแกม มาโน โซแลม ฯลฯ)	0	2	3	4	6
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี แอซิด เห็ดเมา พิซีพี ยาเค ฯลฯ)	0	2	3	4	6
i. สารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เมทาโดน บูพริโนฟิน โคเดอีน ฯลฯ)	0	2	3	4	6
j. สารเสพติดอื่นๆ ระบุ	0	2	3	4	6

ถ้าตอบ **“ไม่เคย”** ใช้สารทุกตัวในคำถามที่ 2 ให้ข้ามไปคำถามที่ 6
 ถ้าเคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในสามเดือนที่ผ่านมา ให้ถามคำถามที่ 3, 4 และ 5
 สำหรับสารเสพติดแต่ละชนิดที่เคยใช้ไป

คำถามที่ 3					
ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกอยากที่จะใช้สาร... (สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง ฯลฯ) อย่างรุนแรง บ่อยเพียงไร	ไม่ เคย	1-2 ครั้ง	ทุก เดือน	ทุก สัปดาห์	เกือบ ทุกวัน
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยาเส้นแบบเคี้ยว ซิการ์ ฯลฯ)	0	3	4	5	6
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา เบียร์ ไวน์)	0	3	4	5	6
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	3	4	5	6
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	3	4	5	6
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาอี ไอซ์ สปีด ยาลดความอ้วน ฯลฯ)	0	3	4	5	6
f. สารระเหย (กาว ทินเนอร์ เบนซิน ไนตรัส ฯลฯ)	0	3	4	5	6
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลียม โรฮิปนอล ดอมิคุม มาโน โซแลม ฯลฯ)	0	3	4	5	6
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี แอซิด เห็ดเมา ฟิชฟี ยาเค ฯลฯ)	0	3	4	5	6
i. สารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เมทาโดน บุปรีนอฟิน โคเดอีน ฯลฯ)	0	2	3	4	6
j. สารเสพติดอื่นๆ ระบุ	0	2	3	4	6

คำถามที่ 4					
ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา การใช้สาร... (สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง ฯลฯ) ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงินกับคุณบ่อยเพียงไร	ไม่ เคย	1-2 ครั้ง	ทุก เดือน	ทุก สัปดาห์	เกือบ ทุกวัน
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยาเส้นแบบเคี้ยว ซิการ์ ฯลฯ)	0	4	5	6	7
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา เบียร์ ไวน์)	0	4	5	6	7
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	4	5	6	7
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	4	5	6	7
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาอี ไอซ์ สปีด ยาลดความอ้วน ฯลฯ)	0	4	5	6	7
f. สารระเหย (กาว ทินเนอร์ เบนซิน ไนตรัส ฯลฯ)	0	4	5	6	7
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลียม โรฮิปนอล ดอมิคุม มาโน โซแลม ฯลฯ)	0	4	5	6	7
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี แอซิด เห็ดเมา ฟิชฟี ยาเค ฯลฯ)	0	4	5	6	7
i. สารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เมทาโดน บุปรีนอฟิน โคเดอีน ฯลฯ)	0	4	5	6	7
j. สารเสพติดอื่นๆ ระบุ	0	4	5	6	7

คำถามที่ 5

ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คุณไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรจะได้ทำตามปกติ เนื่องจากคุณใช้สาร...(สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง ฯลฯ) บ่อยเพียงไร	ไม่เคย	1-2 ครั้ง	ทุกเดือน	ทุกสัปดาห์	เกือบทุกวัน
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยาเส้นแบบเคี้ยว ชิการ์ ฯลฯ)					
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา เบียร์ ไวน์)	0	5	6	7	8
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	5	6	7	8
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	5	6	7	8
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาไอซ์ สปีด ยาลดความอ้วน ฯลฯ)	0	5	6	7	8
f. สารระเหย (กาว ทินเนอร์ เบนซิน ไนตรัส ฯลฯ)	0	5	6	7	8
g. ยาหล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลียม โรฮิปนอล ดอมิแกม มาโน โซแลม ฯลฯ)	0	5	6	7	8
h. ยาหล่อมประสาท (แอลเอสดี แอซิด เห็ดเมา พิซีพี ยาเค ฯลฯ)	0	5	6	7	8
i. สารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เมทาโดน บูพริโนฟิน โคเดอีน ฯลฯ)	0	5	6	7	8
j. สารเสพติดอื่นๆ ระบุ	0	5	6	7	8

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

คำถามที่ 6

เพื่อนฝูง ญาติ หรือคนอื่นเคยแสดงความกังวลหรือตักเตือนคุณเกี่ยวกับการใช้สาร...(สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง ฯลฯ) ของคุณหรือไม่	ไม่เคย	เคย, ภายใน 3 เดือนนี้	เคย, ก่อน 3 เดือนนี้
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยาเส้นแบบเคี้ยว ชิการ์ ฯลฯ)	0	6	3
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา เบียร์ ไวน์)	0	6	3
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	6	3
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	6	3
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาไอซ์ สปีด ยาลดความอ้วน ฯลฯ)	0	6	3
f. สารระเหย (กาว ทินเนอร์ เบนซิน ไนตรัส ฯลฯ)	0	6	3
g. ยาหล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลียม โรฮิปนอล ดอมิแกม มาโน โซแลม ฯลฯ)	0	6	3
h. ยาหล่อมประสาท (แอลเอสดี แอซิด เห็ดเมา พิซีพี ยาเค ฯลฯ)	0	6	3
i. สารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เมทาโดน บูพริโนฟิน โคเดอีน ฯลฯ)	0	6	3
j. สารเสพติดอื่นๆ ระบุ	0	6	3

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

คำถามที่ 7

คุณเคยพยายามหยุดหรือใช้สาร... (สารชนิดที่หนึ่ง สารชนิดที่สอง ฯลฯ) ให้น้อยลงแต่ทำไม่สำเร็จ หรือไม่	ไม่เคย	เคย, ภายใน 3 เดือนนี้	เคย, ก่อน 3 เดือนนี้
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยาเส้นแบบเคี้ยว ชิการ์ ฯลฯ)	0	6	3
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา เบียร์ ไวน์)	0	6	3
c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ)	0	6	3
d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ)	0	6	3
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาอี ไอซ์ สปีด ยาลดความอ้วน ฯลฯ)	0	6	3
f. สารระเหย (กาว ทินเนอร์ เบนซิน ไนตรัส ฯลฯ)	0	6	3
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลียม โรฮิปนอล ดอมิคุม มาโน โซแลม ฯลฯ)	0	6	3
h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี แอซิด เห็ดเมา พิซีพี ยาเค ฯลฯ)	0	6	3
i. สารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟีน เมทาโดน บูพรีนอฟิน โคเดอีน ฯลฯ)	0	6	3
j. สารเสพติดอื่นๆ ระบุ	0	6	3

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

คำถามที่ 8

คุณเคยใช้สารเสพติดใดๆ โดยการฉีดหรือไม่ (การใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง)	ไม่เคย	เคย, ภายใน 3 เดือนนี้	เคย, ก่อน 3 เดือนนี้
(โปรดกาที่คำตอบ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้อความสำคัญ

ควรถามผู้ป่วยที่เคยฉีดสารเสพติดในช่วงสามเดือนที่ผ่านมาเกี่ยวกับรูปแบบของการฉีดในช่วงเวลานี้ เพื่อประเมินระดับความเสี่ยงและระยะเวลาที่ดีที่สุดสำหรับการบำบัดรักษา

รูปแบบของการฉีดยา

โดยเฉลี่ย 4 วันหรือน้อยกว่านั้น ต่อเดือน ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา

โดยเฉลี่ยมากกว่า 4 วันต่อเดือน ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา

แนวทางการบำบัด

ให้การบำบัดแบบสั้น และให้บัตร “ความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้สารเสพติดแบบฉีด”

ประเมินเพิ่มเติมและให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นมากขึ้น

วิธีการคำนวณคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเสพติดเฉพาะชนิด

สำหรับสารเสพติดแต่ละชนิด (ระบุเป็น a. ถึง j.) รวมคะแนนที่ได้จากคำถามที่ 2 ถึง 7 เข้าด้วยกัน ไม่ต้องรวมคะแนนที่ได้จากคำถามที่ 1 หรือคำถามที่ 8 ตัวอย่างเช่น คะแนนของกัญชาต้องคำนวณจาก Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c

หมายเหตุ Q5 สำหรับยาสูบไม่มีคะแนน ดังนั้นจึงคำนวณโดย Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

วิธีการดูแลช่วยเหลือ กำหนดตามคะแนนสารเสพติดแต่ละชนิด

	บันทึกคะแนนสารเสพติดแต่ละชนิด	ไม่ต้องให้การบำบัด	ให้การบำบัดแบบสั้น	ให้การบำบัดที่เข้มข้นมากขึ้น
a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ		0-3	4-26	27+
b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		0-10	11-26	27+
c. กัญชา		0-3	4-26	27+
d. โคเคน		0-3	4-26	27+
e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน		0-3	4-26	27+
f. สารระเหย		0-3	4-26	27+
g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ		0-3	4-26	27+
h. ยาหลอนประสาท		0-3	4-26	27+
i. สารกลุ่มฝิ่น		0-3	4-26	27+
j. สารเสพติดอื่นๆ ระบุ		0-3	4-26	27+
ใช้บัตรรายงานผล ASSIST เพื่อให้การบำบัดแบบสั้น				