MH554F
Revised 3/03

کودک / جوان
خودارزیابی مصرف مواد

درمورد تمام کودکان 11 ساله و بالای 11 سال بکاربرید. قضاوت درمورد اجراء این ارزیابی هنگامیکه کودک کمتراز 11 سال دارد و مناسب بودن آن ازنظربالینی به عهدهء کلینیسین می باشد. میتوان بصورت شفاهی توسط کلینیسین انجام شودیا توسط کودک بطورکتبی تکمیل شود.

تاریخ تکمیل : _____ تاریخ تولد: _____ جنسیت: ذکر مؤنث

لطفاً سؤالات زیررا با بله یا خیرعلامت گذاری کنید:

1.	آیا سیگار می کشید؟	☐ بله	☐ خیر
2.	آ. آیا درحال حاضر الکل، ماری جوانا، مواداستنشاقی یا موادمخدر دیگر مصرف می کنید؟	☐ بله	☐ خیر
	ب . آ یا هیچوقت الکل، ماری جوانا، مواداستنشاقی یا موادمخدر دیگر مصرف کرده اید؟	☐ بله	☐ خیر
3.	آیا درتعطیلات آخر هفته با دوستان خود الکل یا مواد مخدرمصرف می کنید؟	☐ بله	☐ خیر
4.	آیا هنگامیکه تنها هستید الکل یا مواد مخدر مصرف می کنید؟	☐ بله	☐ خیر
5.	آیا والدین شما هیچوقت شمارا درحال مصرف الکل یا مواد مخدرگرفته اند؟	☐ بله	☐ خیر
6.	آیا هیچوقت مدرسه را برای مصرف الکل یا مواد مخدر ترک کرده اید؟	☐ بله	☐ خیر
7.	آیا هیچوقت درمدرسه یا محل کارتحت تأثیرالکل یا مواد مخدربوده اید؟	☐ بله	☐ خیر
8.	آیا هیچوقت بیدارشده اید و هیچکدام یا فقط قسمتی از وقایع شب گذشته را پس از مصرف الکل یا موادمخدربخاطرنیاورده اید؟	☐ بله	☐ خیر
9.	آیا هیچوقت تحت تأثیر الکل یا موادمخدر ماشین یا موتورسیکلت رانندگی کرده اید؟	☐ بله	☐ خیر
10.	آیا هیچوقت بیشتر ازآنچه که دربرنامه داشته اید موادمخدر یا الکل مصرف کرده اید؟	☐ بله	☐ خیر
11.	آیا هیچوقت احساس کرده اید که لازم است مصرف موادمخدر یا الکل را کم کنید یا بطورکامل قطع کنید؟	☐ بله	☐ خیر
12.	آیا دوستان هیچوقت توصیه کرده اند که ممکن است شما مشکل الکل یا موادمخدر داشته باشید؟	☐ بله	☐ خیر
13.	آیا بعلت مصرف مواد مخدر یا الکل شما کسی تا بحال برای شما کمک حرفه ای گرفته است؟	☐ بله	☐ خیر
14.	آیا بعلت مصرف الکل یا مواد مخدر شما هیچوقت دوست پسر/دوست دختر/دوست صمیمی از دست داده اید؟	☐ بله	☐ خیر
15.	آیا بیشتر ازآنچه درگذشته مصرف داشتید الکل یا موادمخدر مصرف می کنید؟	☐ بله	☐ خیر

این اطلاعات محرمانه طبق قوانین و مقررات ایالتی و فدرال دراختیارشما گذاشته می شود که شامل ولی محدود به مادهء Welfare and Institutions Code، قانون مدنی و معیارهای خصوصی بودن HIPAA می باشد. تهیهء نسخه ای از این اطلاعات برای بازافشانی بدون اجازهء کتبی بیمار/نمایندهء مجاز شخصی که به او تعلق دارد ممنوع می باشد مگر از طرف قانون اجازه داده شده باشد.

Name: **MIS #:**

Agency: **Prov.#:**

Los Angeles County - Department of Mental Health

CHILD/ADOLESCENT SUBSTANCE USE SELF EVALUATION
خود ارزیابی مصرف موادبرای کودکان/ جوانان