

ชื่อ - นามสกุล..... เพศ..... อายุ.....ปี คดี.....
สถานพินิจฯ จังหวัด.....ครูที่ปรึกษา..... วัน เดือน ปีที่ประเมิน.....

No	ข้อความ	คำตอบ	บุหรื	สุรา	กัญชา	ยาบ้า	ไอซ์	ยาอี	สารระเหย	ใบกระท่อม	สารผสมน้ำดื่มใบกระท่อม	ฝิ่น/เฮโรอีน	ยากล่อมประสาท/ยานอนหลับ (จำแนกซ์/วาเลียม/ไดมัม)	ยาหล่อมประสาท(LSD, PCP, ยาคะ)	โคเคน	อื่นๆ (ระบุ).....
๑	ในชีวิตของคุณ คุณเคยใช้สารเหล่านี้หรือไม่ ถ้าเคยให้วงกลมล้อมรอบอักษรหมวดสารเสพติดด้านขวานี้ ใส่อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก		A	B	C	D	D*	D**	E	F	G	H	I	J	K	L
๒	ใน ๓ เดือนที่ผ่านมา คุณใช้สารเหล่านี้บ่อยครั้งเพียงใด(วงกลมรอบ ตัวเลขคำตอบในช่องสารเสพติดที่เคยใช้) (ถ้าใน ๓ เดือนที่ผ่านมา ไม่เคยใช้สารใดๆเลย ให้ข้ามไปถามข้อ ๖ ต่อได้เลย)	๐ = ไม่ใช้ ๒ = ใช้ ๑-๒ ครั้ง ๓ = ทุกเดือน ๔ = ทุกสัปดาห์ ๖ = ทุกวัน/เกือบทุกวัน	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖	๐ ๒ ๓ ๔ ๖
๓	ใน ๓ เดือนที่ผ่านมา คุณมีความต้องการ หรือมี แรงผลักดันอย่างรุนแรงที่จะใช้สารเหล่านี้ บ่อยครั้งเพียงใด	๐ = ไม่มี ๓ = มี ๑-๒ ครั้ง ๔ = ทุกเดือน ๕ = ทุกสัปดาห์ ๖ = ทุกวัน/เกือบทุกวัน	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖	๐ ๓ ๔ ๕ ๖
๔	ใน ๓ เดือนที่ผ่านมา การใช้สารเหล่านี้ ทำให้คุณ มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมายหรือการเงิน บ่อยครั้งเพียงใด	๐ = ไม่มี ๔ = มี ๑-๒ ครั้ง ๕ = ทุกเดือน ๖ = ทุกสัปดาห์ ๗ = ทุกวัน/เกือบทุกวัน	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗	๐ ๔ ๕ ๖ ๗
๕	ใน ๓ เดือนที่ผ่านมา การใช้สารเหล่านี้ ทำให้คุณ ไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรจะได้ทำตามปกติ บ่อยครั้งเพียงใด	๐ = ไม่ใช้ ๕ = ใช้ ๑-๒ ครั้ง ๖ = ทุกเดือน ๗ = ทุกสัปดาห์ ๘ = ทุกวัน/เกือบทุกวัน		๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘	๐ ๕ ๖ ๗ ๘
๖	ในชีวิตของคุณ เพื่อนฝูง ยาติ หรือคนอื่น เคยแสดงความห่วงเกี่ยวกับการใช้ สารเสพติดเหล่านี้ของคุณหรือไม่	๐ = ไม่เคย ๖ = เคย ใน ๓ เดือนที่ผ่าน ๓ = เคย ก่อน ๓ เดือนที่ผ่าน	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓
๗	ในชีวิตของคุณ คุณเคยพยายามลด หรือหยุดใช้ สารเสพติดเหล่านี้ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จหรือไม่	๐ = ไม่เคย ๖ = เคย ใน ๓ เดือนที่ผ่าน ๓ = เคย ก่อน ๓ เดือนที่ผ่าน	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓	๐ ๖ ๓
รวมคะแนน																
๘	ในชีวิตของคุณเคย ฉีด ใช้สารใดๆเหล่านี้หรือไม่	() ไม่เคย () เคย ใน ๓ เดือนที่ผ่านมา () เคย ก่อน ๓ เดือนที่ผ่านมา														
	ถ้าเคยฉีดให้วงกลมล้อมรอบอักษรหมวดสารเสพติดที่เคยฉีดในช่องด้านขวานี้				C	D	D*	D**	E	F	G	H	I	J	K	L

ลงชื่อ.....

ผลการคัดกรอง	ยาเสพติด
เสี่ยง	๐
ผู้ใช้	๒ - ๓
เสพ	๔ - ๒๖
ติด	๒๗ ⁺

ผลการจัดทรง	บุรี	สุรา
เสียง	๐-๓	๐-๑๐
เสียง	๔ - ๒๖	๑๑-๒๖
ติด	๒๗ ⁺	๒๗ ⁺

หมายเหตุ ๑. ติดรุนแรง คือ คะแนน ๒๗+ และติดนานกว่า ๓ ปี

และ/หรือ มี Co - morbid

๒. การจำแนกให้ยึดตารางยาเสพติด

๓.ให้นำเข้าข้อมูลในรายที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ ๒ คะแนนขึ้นไป (ยาเสพติด)