

**កម្រងសំណួររបស់ CRAFFT (កំណែថ្មី 2.1)**

**បំពេញដោយអ្នកជម្ងឺ**

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ដោយស្មោះត្រង់ ។ ចម្លើយរបស់លោក-អ្នកត្រូវបានរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ។

**ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែកន្លងទៅនេះ តើលោក-អ្នកបានធ្វើទង្វើខាងក្រោមរយៈពេលប៉ុន្មានថ្ងៃ៖**

1. ទទួលបានស្រាបៀរ ស្រា ឬគ្រឿងស្រវឹងណាមួយច្រើនជាងពីរ-បីក្រប? សូមសរសេរ "0" ប្រសិនបើគ្មាន។   
ចំនួនថ្ងៃ
2. ប្រើប្រាស់កញ្ចក់ណាមួយ (ឧទាហរណ៍ ផត កញ្ចក់ប្រភេទស្លឹកស្លឹក ប្រេង ឬជ័រទឹកទន់ប្លិះៗដោយដាក់ដក់បង្ហូរ ឬដាក់ក្នុងអាហារ) ឬ "កញ្ចក់ស្លាយ" (ឧទាហរណ៍ "K2" ឬ "Spice")? សូមសរសេរ "0" ប្រសិនបើគ្មាន។   
ចំនួនថ្ងៃ
3. ប្រើប្រាស់អ្វីមួយផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបាននូវអារម្មណ៍ដល់កំពូល (ឧទាហរណ៍ ឱសថឧសច្ចាប័ងទៀត ឱសថមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា និងរបស់ដែលអ្នកហិត ឬ ហិត ឬដក់បង្ហូរ)? សូមសរសេរ "0" ប្រសិនបើគ្មាន។   
ចំនួនថ្ងៃ

**សូមអានសេចក្តីណែនាំទាំងនេះ មុននឹងបន្តទៅមុខ៖**

- ប្រសិនបើអ្នកសរសេរ "0" ក្នុងប្រអប់ទាំងអស់ខាងលើ សូមឆ្លើយសំណួរទី4 រួចឈប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសរសេរ "1" ឬច្រើនជាង 1 ក្នុងប្រអប់ណាមួយខាងលើ សូមឆ្លើយសំណួរទី4 ដល់ទី9 ។

- |  | ទេ                       | បាទ/ចាស់                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. តើលោក-អ្នកធ្លាប់ជិះក្នុងឡានដែលបើកដោយអ្នកណាម្នាក់ (រួមទាំងខ្លួនអ្នក) ដែលស្រវឹង ឬទើបតែទទួលបាន គ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនដែរឬទេ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. តើលោក-អ្នកធ្លាប់ទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ដើម្បីបន្តអារម្មណ៍ ធ្វើឱ្យមានអារម្មណ៍ល្អចំពោះ ខ្លួនឯង ឬឱ្យចូលនឹងគេចុះដែរឬទេ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. តើលោក-អ្នកធ្លាប់ទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ខណៈដែលលោក-អ្នកនៅតែឯង ឬតែម្នាក់ឯង ដែរឬទេ?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. តើលោក-អ្នកធ្លាប់ភ្លេចទង្វើដែលលោក-អ្នកបានធ្វើ ខណៈដែលទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ដែរឬទេ?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. តើគ្រួសាររបស់លោក-អ្នក ឬក៏មិត្តភក្តិធ្លាប់ប្រាប់អ្នកថា អ្នកគួរតែកាត់បន្ថយការទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់ គ្រឿងញៀនដែរឬទេ?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. តើលោក-អ្នកធ្លាប់បង្កបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរដែរឬទេ ខណៈដែលលោក-អ្នកទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**កំណត់សម្គាល់ សម្រាប់បុគ្គលិកគ្លីនិក និងកំណត់ត្រាសខភាព៖**

ព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រាក្នុងទំព័រនេះ ត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រក្សាភាពសម្ងាត់ពិសេសរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ (42 CFR ផ្នែកទី2) ដែលហាមឃាត់ការចែកចាយព័ត៌មាននេះ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ។ ការអនុញ្ញាតទូទៅនៃការចែករំលែកព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ហេតុផលនេះឡើយ ។