

Questionário de Triagem CRAFFT+N 2.1 Versão

para Portugal

Para ser preenchido pelo paciente

Por favor, responda todas as questões com sinceridade; suas respostas serão mantidas em sigilo.

Nos últimos 12 MESES, quantos dias você:

- | | |
|--|----------------------|
| 1. Bebeu qualquer bebida <u>alcoólica</u> tais como cerveja, vinho, vodka (mais do que uns goles)? Coloque "0" se não usou. | <input type="text"/> |
| | Quantos dias |
| 2. Utiliza algum tipo de marijuana (por exemplo, erva, óleo ou haxixe - fumado, vapeado ou na comida -) ou "marijuana sintética" (por exemplo, "K2" ou "Spice")? Coloque "0" se não usou. | <input type="text"/> |
| | Quantos dias |
| 3. Utiliza outro tipo de recursos para se "colocar" (por exemplo, outras drogas ilegais, medicamentos de venda livre, e substâncias que pode cheirar, inspirar, ou vapear)? Coloque "0" se não usou. | <input type="text"/> |
| | Quantos dias |
| 4. Usa algum produto com tabaco ou nicotina (por exemplo, cigarros, cigarros eletrônicos, hookah ou masca fumo)? Coloque "0" se não usou. | <input type="text"/> |
| | Quantos dias |

LEIA ESTAS INSTRUÇÕES ANTES DE CONTINUAR:

- Se você colocou "0" em todas as respostas acima, RESPONDA A PERGUNTA 5, DAI PARE.
- Se você colocou "1" ou outro número maior em QUALQUER das respostas acima, RESPONDA AS PERGUNTAS 5-10.

- | | Não | Sim |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. Você já andou num <u>CARRO</u> conduzido por alguém (inclusive você) que estava alto, que tivesse bebido álcool ou consumido droga? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Você já bebeu ou consumiu droga para <u>RELAXAR</u> , sentir-se melhor ou para se enturmar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Você já bebeu ou consumiu droga quando estava <u>SOZINHO/A</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Você já <u>ESQUECEU</u> coisas que fez quando tinha bebido ou consumido droga? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sua <u>FAMÍLIA</u> ou <u>AMIGOS</u> já lhe disseram para você beber menos ou consumir menos droga? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Você já se <u>ENVOLVEU</u> em <u>PROBLEMA</u> enquanto estava bebendo ou consumido droga? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOTA PARA O CORPO CLÍNICO E PRONTUÁRIO MÉDICO:

As informações registradas nesta página podem estar protegidas por leis federais americanas especiais que regulam confidencialidade (42 CFR Part 2), que proíbe a divulgação destas informações a menos que haja consentimento expresso e por escrito. Uma autorização simples para liberação de informações médicas NÃO é suficiente.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2018.

Reproduzido com permissão do Center for Adolescent Substance Use and Addiction Research (CeASAR), Boston Children's Hospital.
Para mais informações e versões em outros idiomas, acesse www.crafft.org