

# ແບບສອບຖາມ CRAFFT (ເວີຊັນ 2.0)

ຕ້ອງຕອບໂດຍຄົນເຈັບ

ກະຮຸນາຕອບຄໍາຖາມທັງໝົດດ້ວຍຄວາມຊື່ສັດ; ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຈະຖືກເກັບເປັນຄວາມລັບ.

ໃນລະຫວ່າງ 12 ເດືອນຜ່ານມາ, ມີຈັກມື້ທີ່ທ່ານໄດ້:

- |                                                                                                                                                                                                       |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1.</b> ດື່ມຫຼາຍກວ່າຈົບເທື່ອລະໜ້ອຍສໍາລັບເຄື່ອງດື່ມປະເພດເບັງ, ໄວນ໌, ຫຼື ເຄື່ອງດື່ມໃດໆ ທີ່ມີອັລກໍຮ໌ ບໍ່? ໃຫ້ຕື່ມ “0” ຖ້າວ່າບໍ່ມີເລີຍ.</p>                                                          | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/><br># ຈໍານວນມື້ |
| <p><b>2.</b> ນໍາໃຊ້ ກັນຊາ ໃດໆ (ກັນຊາ (pot), ໃບກັນຊາ (weed), ກັນຊາ (hash), ຫຼື ໃນອາຫານ) ຫຼື “ກັນຊາສັງເຄາະ” (ເຊັ່ນ “K2” ຫຼື “Spice”) ບໍ່? ໃຫ້ຕື່ມ “0” ຖ້າວ່າບໍ່ມີເລີຍ.</p>                              | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/><br># ຈໍານວນມື້ |
| <p><b>3.</b> ນໍາໃຊ້ ສິ່ງອື່ນໃດເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຮູ້ສຶກເຄີບເຄີມ (ເຊັ່ນ ຢາເສບຕິດຜິດກົດໝາຍ, ຢາຕາມໃບສັງແພດ ຫຼື ຢາຕາມຮ້ານຂາຍຢາ, ແລະສິ່ງຕ່າງໆ ຊຶ່ງທ່ານໃຊ້ດົມ ຫຼື “ສູດດົມ”) ບໍ່ ? ໃຫ້ຕື່ມ “0” ຖ້າວ່າບໍ່ມີເລີຍ.</p> | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/><br># ຈໍານວນມື້ |

ອ່ານຄໍາແນະນໍາເຫຼົ່ານີ້ກ່ອນຕອບຕໍ່ໄປ:

- ຖ້າວ່າທ່ານຕື່ມ “0” ໃນທຸກຄໍາຖາມຂ້າງເທິງນີ້, ໃຫ້ຕອບຄໍາຖາມຂໍ້ 4, ຈາກນັ້ນກໍຢຸດ.
- ຖ້າວ່າ ທ່ານຕື່ມ “1” ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນໃນຂໍ້ໃດໆ ຂ້າງເທິງນີ້, ໃຫ້ຕອບຄໍາຖາມຂໍ້ 4-9.

- |                                                                                                                                               | ບໍ່ແມ່ນ                  | ແມ່ນ                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p><b>4.</b> ທ່ານເຄີຍນັ່ງໃນຮົ່າທີ່ຂັບໂດຍໃຜຜູ້ໜຶ່ງ (ລວມເຖິງໂຕທ່ານເອງ) ຊຶ່ງຢູ່ໃນອາລົມ “ເຄີບເຄີມ” ຫຼື ກໍາລັງນໍາໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ໃຊ້ຢາເສບຕິດບໍ່?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>5.</b> ທ່ານເຄີຍໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດເພື່ອ ຜ່ອນຄາຍ, ເຮັດໃຫ້ຕົນເອງຮູ້ສຶກດີຂຶ້ນ, ຫຼື ໃຫ້ເຂົ້າກັນໄດ້ ບໍ່?</p>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>6.</b> ທ່ານເຄີຍໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດໃນຂະນະທ່ານຢູ່ຕາມລໍາພັງ, ຫຼື ຢູ່ຜູ້ດຽວ ບໍ່?</p>                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>7.</b> ທ່ານເຄີຍລືມສິ່ງຕ່າງໆ ທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດໃນຂະນະນໍາໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດ ບໍ່?</p>                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>8.</b> ຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນຂອງທ່ານເຄີຍບອກທ່ານບໍ່ວ່າ ທ່ານຄວນຫຼຸດຜ່ອນການດື່ມເຫຼົ້າ ຫຼື ໃຊ້ ຢາເສບຕິດ?</p>                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>9.</b> ທ່ານເຄີຍມີບັນຫາເດືອດຮ້ອນໃນຂະນະທີ່ທ່ານນໍາໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດ ບໍ່?</p>                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ໝາຍເຫດສໍາລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ທາງການແພດ ແລະບັນທຶກທາງການແພດ:  
 ຂໍ້ມູນໃນໜ້ານີ້ແມ່ນໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງໂດຍກົດລະບຽບພິເສດວ່າດ້ວຍການຮັກສາຄວາມລັບແຫ່ງຮັຖບານກາງ (42 CFR Part 2), ຊຶ່ງຫ້າມການເປີດເສີຍຂໍ້ມູນນີ້  
 ເວັ້ນແຕ່ວ່າຈະໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດໂດຍໜັງສືຍິນຍອມພິເສດ. ການອະນຸຍາດທົ່ວໄປສໍາລັບການເປີດເສີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດແມ່ນບໍ່ພຽງພໍ.