

Questionário de Triagem CRAFFT 2.1+N

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 **alcoólica** tais como cerveja, cachaça, vodka, vinho (mais do que uns goles)? Coloque "0" se não usou.

Quantos dias

2. Você usa qualquer tipo de maconha **cannabis**, óleo (BHO), wax (concentração de BHO), ao fumar, fumar cigarro eletrônico, ou outros dispositivos de vaporização, dabbing ou em comprimidos comestíveis) ou "maconha sintética" (por exemplo, "K2" ou "Spice")? Coloque "0" se não usou.

Quantos dias

3. Você usa **alguma outra coisa para ficar alto** (por exemplo, outras drogas ilegais, pastilhas, medicamentos sem receita, e coisas que você "cheira", aspira, vaporiza, injeta, ou vapeia)? Coloque "0" se não usou.

Quantos dias

4. Usa um dispositivo de **vaporização*** que contenha **nicotina e/ou sabores**, ou usa quaisquer produtos do **tabaco†**?

*Como cigarros eletrônicos, mods, dispositivos pod como JUUL, vaporizadores descartáveis como Puff Bar, canetas vaporizadoras ou hookahs. †Cigarros, charutos, cigarrilhas, narguilés, tabaco de mascar, rapê, snuff (tabaco de aspirar), snus (saquinhos de nicotina), solúveis.

Quantos dias

LEIA ESSAS INSTRUÇÕES ANTES DE CONTINUAR:

- Se você indicar "0" em **TODAS** as opções abaixo, **RESPONDA À PERGUNTA 5, ABAIXO E, ENTÃO, PARE.**
- Se você indicar "1" ou mais nas **Perguntas 1, 2, ou 3** acima, **RESPONDA ÀS PERGUNTAS 5-10 ABAIXO.**
- Se você indicar "1" ou mais na **Pergunta 4** acima, **RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS DO VERSO DA PÁGINA.**

Selecione uma opção
fazendo um círculo em
torno dela

5. Você já andou num CARRO/MOTO dirigido por alguém (inclusive você) que estava alterado ou tinha bebido álcool ou usado drogas?

Não

Sim

6. Você já bebeu álcool ou usou drogas para RELAXAR, sentir-se bem ou se enturmar?

Não

Sim

7. Você já bebeu álcool ou usou drogas quando estava por sua conta ou SOZINHO/A?

Não

Sim

8. Você já ESQUECEU coisas que fez quando tinha bebido álcool ou usado drogas?

Não

Sim

9. A sua FAMÍLIA ou AMIGOS já falaram para você diminuir seu uso de álcool e drogas?

Não

Sim

10. Você já se meteu em ENCRENCA enquanto estava usando álcool ou drogas?

Não

Sim

NOTICE TO CLINIC STAFF AND MEDICAL RECORDS:

The information on this page is protected by special federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), which prohibit disclosure of this information unless authorized by specific written consent.

As perguntas a seguir se referem ao seu uso de quaisquer dispositivos de vaporização que contenha nicotina e/ou sabores, ou uso de quaisquer produtos do tabaco*. Faça um círculo em torno da sua resposta para cada pergunta.

	Selecione uma opção fazendo um círculo em torno dela	
1. Você já tentou PARAR de usar esses produtos, mas não conseguiu?	Sim	Não
2. ATUALMENTE, você usa vaporizadores ou tabaco porque é muito difícil parar?	Sim	Não
3. Você já se sentiu como se estivesse VICIADO(A) em vaporização ou tabaco?	Sim	Não
4. Você já sentiu um forte DESEJO de usar dispositivos de vaporização ou usar tabaco?	Sim	Não
5. Você já sentiu que você realmente PRECISAVA usar dispositivos de vaporização ou tabaco?	Sim	Não
6. É difícil para você não usar dispositivos de vaporização ou tabaco em LUGARES em que isso não é permitido, como na escola?	Sim	Não
7. Quando você NÃO USA dispositivos de vaporização ou tabaco por um tempo (ou quando você tenta parar de usá-los)...		
a. você acha difícil se CONCENTRAR por não ter podido usar dispositivos de vaporização ou tabaco?	Sim	Não
b. você já se sentiu mais IRRITÁVEL por não poder usar dispositivos de vaporização ou tabaco?	Sim	Não
c. você já se sentiu uma forte NECESSIDADE ou urgência de usar dispositivos de vaporização ou tabaco?	Sim	Não
d. você já se sentiu mais NERVOSO(A), inquieto(a) ou ansioso(a) por não poder usar dispositivos de vaporização ou tabaco?	Sim	Não

***Referências:**

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked On Nicotine Checklist. *J Adolesc Health, 35*(3), 225–230;

McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern- Felsher, B. (2018). Adolescents' and Young Adults' Use and Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes. *JAMA Network Open, 1*(6), e183535

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020.

Reproduced with permission from the Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe), Boston Children's Hospital.

crafft@childrens.harvard.edu www.crafft.org

For more information and versions in other languages, see www.crafft.org.