

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. Utiliza algum tipo de **marijuana** (cannabis, óleo, cera, fumado, vapeado, esfregado, ou em comestíveis) ou "**marijuana sintética**" (por exemplo, "K2" ou "Spice")? Coloque "0" se não usou.

Quantos dias

3. Utiliza **outro tipo de recursos para se "colocar"** (por exemplo, outras drogas ilegais, pastilhas, medicamentos de venda livre, e substâncias que pode cheirar, inspirar, ou vapear)? Coloque "0" se não usou.

Quantos dias

4. Utiliza algum dispositivo **vapeador*** contendo nicotina e/ou aromatizantes, ou quaisquer produtos de **tabaco†**?

*Como cigarros eletrônicos, dispositivos de tipo mod ou pod como JUUL, vapeadores descartáveis como Puff Bar, canetas vapeador, ou e-hookahs. †Cigarros, charutos, cigarrilhas, hookahs, rapé, tabaco de mascar, produtos solúveis, ou bolsas de nicotina

Quantos dias

LEIA ESTAS INSTRUÇÕES ANTES DE PROSSEGUIR:

- Se responder "0" em **TODOS** os campos acima, **RESPONDA À PERGUNTA 5 ABAIXO, E PARE.**
- Se responder "1" ou mais às **Perguntas 1, 2 ou 3** acima, **RESPONDA ÀS PERGUNTAS 5-10 ABAIXO.**
- Se responder "1" ou mais à **Pergunta 4** acima, **RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS NA ÚLTIMA PÁGINA.**

Assinale uma opção com um círculo

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| 5. Você já andou num CARRO conduzido por alguém (inclusive você) que estava alto, que tivesse bebido álcool ou consumido droga? | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| 6. Você já bebeu ou consumiu droga para RELAXAR, sentir-se melhor ou para se enturmar? | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| 7. Você já bebeu ou consumiu droga quando estava SOZINHO/A? | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| 8. Você já ESQUECEU coisas que fez quando tinha bebido ou consumido droga? | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| 9. Sua FAMÍLIA ou AMIGOS já lhe disseram para você beber menos ou consumir menos droga? | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| 10. Você já se ENVOLVEU em PROBLEMA enquanto estava bebendo ou consumido droga? | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> 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 seguintes perguntas referem-se ao uso de dispositivos de vapear contendo nicotina e/ou sabores, e ao uso de quaisquer produtos de tabaco*. Assinale com um círculo a sua resposta a cada pergunta.

Assinale uma opção com um círculo

1. Já tentou ABANDONAR o hábito, sem conseguir?	Sim	Não
2. ATUALMENTE vapeia ou consome tabaco porque lhe é muito difícil abandonar o hábito?	Sim	Não
3. Já se sentiu alguma vez como uma pessoa VICIADA/DEPENDENTE de vapear ou do tabaco?	Sim	Não
4. Já alguma vez sentiu um DESEJO INCONTROLÁVEL de vapear ou consumir tabaco?	Sim	Não
5. Alguma vez sentiu que realmente NECESSITA de vapear ou consumir tabaco?	Sim	Não
6. É-lhe difícil resistir a vapear ou consumir tabaco em LUGARES onde não é permitido fazê-lo, como, por exemplo, em estabelecimentos de ensino?	Sim	Não
7. Quando se ABSTEVE de vapear ou de consumir tabaco durante algum tempo (ou quando tentou abandonar o hábito)...		
a. Sentiu dificuldades em CONCENTRAR-SE por não poder vapear ou consumir tabaco?	Sim	Não
b. Sentiu-se mais IRRITÁVEL por não poder vapear ou consumir tabaco?	Sim	Não
c. Sentiu uma NECESSIDADE imperativa ou um desejo incontrolável de vapear ou consumir tabaco?	Sim	Não
d. Sentiu-se NERVOSO/A, intranquilo/a, ou ansioso/a por não poder vapear ou consumir 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.