

青少年健康筛查 **Teen health screen - Chinese**

我们要求所有的青少年患者提供关于其酒精使用和情绪的信息，因为这些因素可能会影响您的健康。如有任何问题，请向您的医生进行咨询。您在本表格内的答复将得到保密。

Patient name: _____

Date of birth: _____

S2BI:

在过去的一年里，你使用以下物质的次数是：	从不	一两次	每月	每周
烟草：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
酒精：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大麻：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

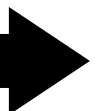
如果您对所有问题的答复均为“从不”的话，请直接跳到 **CRAFFT 问题 #1** 并翻转页面。否则，请继续回答以下所有问题。

擅自使用的处方药： (如止痛药或者阿得拉 (Adderall))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
违禁药物：(如可卡因或迷幻药)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸入剂：(如一氧化氮)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
草药或合成药物： (如鼠尾草，“K2” 或者浴盐)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

如果您对上述所有问题的答复均为“从不”或者“一两次”的话，请只需回答以下的 **CRAFFT 问题 #1** 并翻转页面。否则，请继续回答以下所有问题。

CRAFFT questions	否	是
1. 您是否乘坐过由处于高度兴奋状态或使用过酒精或药物的人 (包括您自己) 驾驶的车辆?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您是否为了放松，自我感觉更好或者要融入某种场合而使用过酒精或药物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您是否自行使用，或者在独处的时候使用过酒精或药物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 在使用酒精或药物时您是否会忘记您曾做过的事情?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您的家人或朋友是否曾经告诫过您应当减少饮酒或使用药物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 您在使用酒精或药物的时候是否遭遇过麻烦?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

请翻转页面



PHQ-9 Modified for Teens:

您最近两周有多少天受以下症状的困扰?	一点也没有	有几天	有一半天数以上	几乎每天
1. 对做事情几乎提不起兴趣或不会感到愉悦?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 感觉沮丧、情绪低落、急躁或者失去希望?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

如果您对以上两个问题的答复均为“一点也没有”的话，您就已经完成了全部问题的回答。否则，请继续回答以下所有问题。

3. 难以入睡，难以保持睡眠状态或者睡眠过多?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 感觉困倦，或者提不起精神?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 食欲不振、体重减轻或者进食过多?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 自己感觉不好 – 或者感觉自己是一个失败者，或者认为是您拖累了自己或您的家庭?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 难以集中于做某事，例如学校作业、阅读或观看电视等?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 运动或说话非常缓慢以至于引起他人注意? 或者与此相反 – 因烦躁或焦躁不安而异常频繁地来回走动?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您想最好还是去死，或者想以某些方式伤害您自己?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

最近一年内，您是否在大多数日子里感到忧郁或者伤感，即使有时候感觉还可以?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果您经历过这份表格内的任何问题，这些问题在您工作，料理家庭事务或者和其他人相处时造成的困难程度如何?		
<input type="checkbox"/> 毫无困难 <input type="checkbox"/> 有点困难 <input type="checkbox"/> 非常困难 <input type="checkbox"/> 极为困难		
在过去的一个月里您是否有认真地想过要结束自己的生命?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否在您的一生中曾经试图自杀或者有过自杀的尝试?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

(For the health professional)

Interpreting the S2BI*

Highest frequency of non-tobacco substance use	Risk category	Recommended action
Never	Abstinence	Positive reinforcement
Once or twice	No substance use disorder (SUD)	Brief advice
Monthly	Possible mild or moderate SUD	Brief intervention, employing principles of motivational interviewing
Weekly	Possible moderate or severe SUD	Referral for further assessment and possible specialized treatment, conveyed through a brief intervention

Interpreting the CRAFFT questions

Any “Yes” responses should be explored with the patient to reveal the extent of substance use–related problems and inform the brief intervention.

Interpreting the PHQ-9 Modified for Teens

Answers to questions #1-9 each receive 0-3 points (point values found at the bottom of each answer column). Points are added for a total score.

Score**	Depression severity	Proposed action
0 - 4	None - minimal	None.
5 - 9	Mild	Watchful waiting, repeat depression screening at follow-up.
10 - 14	Moderate	Create treatment plan, consider counseling and/or pharmacotherapy or another follow-up visit.
15 - 19	Moderately severe	Active treatment with pharmacotherapy and/or psychotherapy.
20 - 27	Severe	Immediate initiation of pharmacotherapy and if severe impairment or poor response to therapy, expedited referral to mental health specialist.
“Yes” answer on any suicide question		Immediate follow up

* Levy SJ, Williams JF, AAP COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. Pediatrics. 2016;138(1).

**Richardson L, McCauley E, Grossman DC, McCarty CA, Richards J, Russo JE, Rockhill C, Katon W. Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for Detecting Major Depression Among Adolescents. Pediatrics. 2010;126(6).