

십대 건강 검사 Teen health screen - Korean

알코올과 기분은 건강에 영향을 미칠 수 있으므로 당 병원은 모든 십대 환자들에게 알코올과 기분에 대한 질문을 드립니다. 의문사항이 있으면 담당 의사에게 문의하시기 바랍니다. 귀하의 답변은 기밀로 유지됩니다.

Patient name: _____

Date of birth: _____

S2BI:

지난 1년 동안 다음 물질을 얼마나 자주 사용했습니까?

	사용 안 함	한 번 또는 두 번	월 1회	주 1회
담배:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
알코올:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
마리화나:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

상기의 모든 질문에 대해 "사용 안 함"을 선택했다면 **CRAFFT 질문 #1**로 건너뛴 다음 페이지를 넘기십시오. 그렇지 않은 경우 계속하여 아래의 모든 질문에 답변하십시오.

처방전을 받지 않은 처방약물: (예: 진통제, Adderall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
불법 약물: (예: 코카인, 엑스터시)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
흡입물: (예: 아산화질소)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
허브 또는 합성 마약: (예: 샬비아, "K2", 배스 솔트)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

상기의 모든 질문에 대해 "사용 안 함" 또는 "한 번 또는 두 번"을 선택했다면 아래의 **CRAFFT 질문 #1**에만 응답한 다음 페이지를 넘기십시오. 그렇지 않은 경우 계속하여 아래의 모든 질문에 답변하십시오.

CRAFFT questions

	아니오	예
1. "흥분 상태"에 있거나 알코올 또는 약물에 취한 누군가(귀하 포함)가 운전하는 차에 탄 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 기분 전환, 기분 고조 또는 사고를 위해 알코올이나 약물을 사용한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 외롭거나 혼자 있을 때 알코올이나 약물을 사용한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 알코올이나 약물에 취해 있는 동안 무슨 일을 했는지 기억나지 않은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 가족이나 친구로부터 음주 또는 약물 사용을 끊어야 한다는 말을 들은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 알코올 또는 약물을 사용하는 동안 곤란한 일을 겪은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

페이지를 넘기세요.

PHQ-9 Modified for Teens:

지난 2주 동안 다음의 각 증상으로 인해 얼마나 자주 괴로웠습니까?	전혀 없음	3~4일 정도	7일 이상	거의 매일
1. 일하는 데 흥미나 즐거움이 거의 없었나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 기분 저하, 우울, 과민 또는 절망감을 느꼈나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

위의 두 질문에 대해 모두 "전혀 없음"을 선택했다면 더 이상 답변할 질문이 없습니다. 그렇지 않은 경우 계속하여 아래의 모든 질문에 답변해주시요.

3. 잠이 안 오거나, 잠을 설치거나, 잠을 너무 많이 잤나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 피곤함을 느끼거나 기운이 거의 없었나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 식욕이 없거나, 살이 빠지거나, 과식을 했나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 본인에 대해 좋지 않은 생각 - 즉 여러분이 패배자라는 느낌이 들거나 여러분 때문에 자신 또는 가족이 힘들어졌다는 생각이 들었나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 학교 수업, 독서 또는 TV 시청과 같은 일에 집중하는 데 어려움을 겪었나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 다른 사람의 이목을 끌 정도로 천천히 움직이거나 느리게 말을 했나요? 아니면 반대로 너무 안절부절 못하거나 가만히 있지를 못해 평소보다 훨씬 많이 돌아다녔나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 죽어버리거나 어떤 식으로든 자해하는 것이 더 나을 수 있다는 생각이 들었나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

지난 12개월 동안 종종 기분이 관찮을 때도 있었지만 대부분의 날에 우울하거나 슬픈 감정을 느꼈습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
본 양식에 언급된 문제를 경험하고 있는 경우 해당 문제로 인해 일을 하거나 집안 일을 처리하거나 다른 사람과 어울리는 데 얼마나 어려움을 겪었습니까? <input type="checkbox"/> 어려움이 전혀 없음 <input type="checkbox"/> 다소 어려움 <input type="checkbox"/> 많이 어려움 <input type="checkbox"/> 매우 어려움		
지난달에 자살에 관해 심각히 생각한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
이때까지 살아오면서 한 번이라도 자살을 시도한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

(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).