

Обследование здоровья подростков

Teen health screen - Russian

Мы спрашиваем всех пациентов подросткового возраста об употреблении спиртных напитков и настроении, поскольку эти факторы могут влиять на здоровье. Если у вас возникли вопросы, задайте их своему врачу. Ваши ответы на вопросы данной формы останутся конфиденциальными.

Patient name: _____

Date of birth: _____

S2BI:

Как часто вы употребляли указанные вещества за ПОСЛЕДНИЙ ГОД :	Никогда	Один или два раза	Раз в месяц	Раз в неделю
Табак:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Алкоголь:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Марихуана:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если вы ответили “Никогда” на все ответы выше, то, пожалуйста, перейдите к **вопросу № 1 CRAFFT** и затем продолжите на обороте. В остальных случаях продолжите, пожалуйста, отвечать на все вопросы ниже.

Рецептурные препараты, которые не были выписаны для вас: (например, обезболивающие средства или Аддералл)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Наркотики: (например, кокаин или экстази)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ингаляторы: (например, закись азота)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Травы или синтетические препараты: (например, шалфей, “K2” или соли для ванн)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если вы ответили “Никогда” или “Один или два раза” на все ответы выше, то, пожалуйста, ответьте только на **вопрос № 1 CRAFFT** ниже и затем продолжите на обороте. В остальных случаях продолжите, пожалуйста, отвечать на все вопросы ниже.

CRAFFT questions

	Нет	Да
1. Вы когда-нибудь ездили на автомобиле, управляемом кем-то (включая вас самих) в состоянии наркотического или алкогольного опьянения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Вы когда-либо употребляете алкоголь или наркотики для расслабления, улучшения самочувствия или за компанию?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Вы когда-либо употребляете алкоголь или наркотики, находясь наедине?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Вы когда-либо забывали то, что делали после употребления алкоголя или наркотиков?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ваши родные или друзья когда-нибудь говорили вам о том, что вам стоит сократить употребление алкоголя или наркотиков?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Вы когда-либо попадали в неприятные ситуации после употребления алкоголя или наркотиков?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Смотрите на обороте

PHQ-9 Modified for Teens:

Как часто у вас появлялся любой из указанных ниже симптомов за последние ДВЕ НЕДЕЛИ ?	Не было	Несколько дней	Больше половины дней	Почти каждый день
1. Мало интереса или удовольствия при совершении действий?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Состояние расстройства, депрессии, раздражительности или безнадежности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если вы ответили “Не было” на оба вопроса выше, то вы окончили ответы на вопросы. В противном случае, ответьте, пожалуйста, на все вопросы ниже.

3. Проблема с засыпанием, прерывистый сон или слишком долгий сон?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Чувство усталости или энергетического истощения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Плохой аппетит, потеря веса или переедание?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Заниженная самооценка – чувство, что вас преследуют неудачи, что вы подвели себя или вашу семью?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Проблема с концентрацией на выполнении школьных заданий, чтении или просмотре телевизора?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Движения или речь настолько медленны, что другие могли это заметить? Или наоборот – непоседливое или возбужденное состояние, при котором вы двигаетесь намного больше обычного?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Вас посещают мысли, что вам лучше умереть или причинить себе вред?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

За ПОСЛЕДНИЙ ГОД чувствовали ли вы депрессию или печаль большую часть дней, даже если вы иногда чувствовали себя нормально?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Если у вас возникают любые из проблем, указанных в данной форме, насколько эти проблемы усложнили выполнение вами заданий, работы по дому или взаимодействие с другими людьми? <input type="checkbox"/> Не усложнили <input type="checkbox"/> Немного усложнили <input type="checkbox"/> Сильно усложнили <input type="checkbox"/> Крайне усложнили		
За последний месяц думали ли вы серьезно о самоубийстве?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Вы КОГДА-ЛИБО за свою ЖИЗНЬ пытались покончить жизнь самоубийством?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

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).