

## Khám sàng lọc sức khỏe cho thiếu niên Teen health screen – Vietnamese

Chúng tôi hỏi tất cả các bệnh nhân ở tuổi thiếu niên về rượu và tâm trạng vì những yếu tố này có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của bạn. Vui lòng hỏi bác sĩ của bạn nếu có thắc mắc. Thông tin trả lời của bạn trong mẫu điền này sẽ được giữ kín.

Patient name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

### S2BI:

Trong **NĂM VỪA QUA**, bạn đã sử dụng những chất sau đây bao nhiêu lần:

	Không bao giờ	Một vài lần	Hàng tháng	Hàng tuần
Thuốc lá:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rượu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cần sa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu bạn trả lời “Không bao giờ” cho tất cả các câu hỏi ở trên, vui lòng bỏ qua tới **câu hỏi CRAFFT số 1** và sau đó lật sang trang. Còn nếu không, vui lòng tiếp tục trả lời tất cả các câu hỏi ở dưới.

Thuốc theo toa không được kê toa cho bạn: (chẳng hạn như thuốc giảm đau hoặc Adderall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các Chất Kích Thích Bất Hợp Pháp: (chẳng hạn như cocaine hoặc Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chất kích thích dạng hít: (chẳng hạn như nitrous oxide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các loại thảo mộc hoặc thuốc tổng hợp: (chẳng hạn như salvia, “K2”, hoặc muối Tắm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu bạn trả lời “Không bao giờ” hoặc “Một vài lần” cho tất cả các câu hỏi ở trên, vui lòng trả lời chỉ trả lời **câu hỏi CRAFFT số 1** ở dưới và sau đó lật sang trang. Còn nếu không, vui lòng tiếp tục trả lời tất cả các câu hỏi ở dưới.

### CRAFFT questions

	Không	Có
1. Bạn có bao giờ đi xe do người khác lái (kể cả bản thân bạn) đang ở tình trạng “phê thuốc” hoặc đã uống rượu hoặc dùng chất kích thích không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bạn có bao giờ dùng rượu hoặc chất kích thích để thư giãn, cảm thấy tự tin hơn về bản thân, hoặc cảm thấy hòa nhập không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bạn có bao giờ sử dụng rượu hoặc chất kích thích khi ở một mình không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bạn có bao giờ quên những việc mà bạn đã làm trong khi uống rượu hoặc dùng chất kích thích không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gia đình hoặc bạn bè của bạn có bao giờ nói với bạn rằng bạn nên giảm mức độ uống rượu hoặc sử dụng chất kích thích không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bạn có bao giờ gặp rắc rối trong khi đang dùng rượu hoặc chất kích thích không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vui lòng sang trang 

## PHQ-9 Modified for Teens:

Bạn gặp mỗi triệu chứng sau đây thường xuyên như thế nào trong <b>HAI TUẦN</b> vừa qua?	Hoàn toàn không	Vài ngày	Hơn một nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
1. Ít quan tâm hoặc ít muốn làm các việc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cảm thấy buồn chán, trầm cảm, cáu giận hoặc tuyệt vọng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu bạn trả lời “Hoàn toàn không” cho cả hai câu hỏi ở trên, bạn đã trả lời xong các câu hỏi. Còn nếu không, vui lòng tiếp tục trả lời tất cả các câu hỏi ở dưới.

3. Khó ngủ, khó ngủ ngon, hoặc ngủ quá nhiều?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cảm thấy mệt mỏi, hoặc ít sinh lực?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Chán ăn, giảm cân hoặc ăn quá nhiều?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cảm thấy chán ghét bản thân – hoặc cảm thấy bạn là kẻ thất bại, hoặc cảm giác bạn để bản thân hoặc gia đình thất vọng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Khó tập trung chú ý vào những việc như bài vở, đọc, hoặc xem TV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Di chuyển hoặc nói chậm đến mức những người khác có thể nhận thấy? Hoặc ngược lại – vận động quá mức hoặc ngồi không yên tới mức bạn di chuyển đi lại nhiều hơn bình thường?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nghĩ rằng tốt nhất là bạn nên chết đi, hoặc gây tổn hại cho bản thân theo cách nào đó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

Trong <b>NĂM VỪA QUA</b> , bạn có cảm thấy trầm cảm hoặc buồn chán trong đa số các ngày, ngay cả nếu đôi khi bạn cảm thấy ổn không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Nếu bạn gặp bất kỳ vấn đề nào ghi trong mẫu điền này, các vấn đề đó khiến bạn khó làm việc, giải quyết các việc ở nhà hoặc giao tiếp với những người khác như thế nào?  <input type="checkbox"/> Hoàn toàn không khó khăn <input type="checkbox"/> Khó khăn một chút <input type="checkbox"/> Rất khó khăn <input type="checkbox"/> Cực kỳ khó khăn		
Trong tháng vừa qua có lúc nào bạn suy nghĩ nghiêm túc về việc kết thúc cuộc đời không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Trong <b>CẢ CUỘC ĐỜI</b> của bạn, bạn <b>CÓ BAO GIỜ</b> từng tìm cách tự tử không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

(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).