**水平2—物质使用—11-17岁儿童**

\*改编自NIDA-ASSIST修订版

姓名： 年龄： 性别：男 女 日期： 年 月 日

**指导语：**在刚刚完成的DSM-5水平1的问卷中，你表示在***过去两周内***在某种程度上受到一些问题的困扰，它们是“饮用酒精饮料”，“抽烟，抽雪茄、烟斗或者使用鼻烟或咀嚼烟草”，“使用像大麻、可卡因或纯可卡因，俱乐部毒品（如摇头丸），致幻剂（如LSD），海洛因，鼻吸剂或溶剂，或者冰毒（如，快速丸）的毒品”以及／或者“滥用自己的药物，用非医生的处方药，来获得快感或改变自己的感觉”。下列问题将会询问有关这些感受的更多细节，尤其是你在**过去7天内**对列表中的症状感到困扰的频率是多少。在回答每道题时，请在该行的一个选择框中打√。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | **临床工作者使用** |
|  | | **完全没有** | **少于一天或两天** | **几天** | **超过一周** | **几乎每天** | **条目分数** |
| **在过去的两周中，你大约多频繁地……** | | | | | | | |
| a. | 饮用酒精饮料（啤酒，红酒，烈酒等）？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| b. | 在一天之内饮用超过4次酒？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| c. | 抽烟、雪茄或烟斗或者使用鼻烟或咀嚼烟草？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 在**过去两周中**，你大约多久自己使用一次下列药物，也就是说，没有医生的处方或者超过处方用量或疗程？ | | | | | | | |
| d. | 止痛剂（像维柯丁） | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e. | 兴奋剂（像利他林，安非他明） | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| f. | 镇静剂（像安眠药或安定） | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| **或下列药物：** | | | | | | | |
| g. | 类固醇 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| h. | 其他药品 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| i. | 大麻 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| j. | 可卡因或纯可卡因 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| k. | 俱乐部毒品（如摇头丸） | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| l. | 致幻剂（如LSD） | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| m. | 海洛因 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| n. | 鼻吸剂或溶剂（如强力胶[[1]](#footnote-1)） | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| o. | 冰毒甲基苯丙胺（如快速丸） | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |

1. **注：**强力胶是一种毒品，非生活中常见的固体或液体胶。 [↑](#footnote-ref-1)