

Behandlare

Namn/Patient-ID

Ålder

Kön

Datum



Flicka

Pojke

Å

Å

M

M

D

D

### Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i de **vita** fälten i formuläret. Ovan fyller du i Namn/Patient-ID, Ålder, Kön och Datum.

Börja intervjun med:

"Jag kommer nu att ställa några frågor som jag gör till alla mina patienter/klienter. Var snäll och svara så ärligt du kan."

Del A. Under de **senaste 12 månaderna** hur många dagar:

Antal dagar

- |   |  |                      |
|---|--|----------------------|
| 1 | Drack du mer än någon enstaka klunk öl, vin eller någon annan dryck som innehöll <b>alkohol</b> ? Om ingen dag, ange 0.  | <input type="text"/> |
| 2 | Använde du någon typ av <b>cannabis</b> (rökt, vapat eller ätit marijuana, olja eller hasch) eller <b>"syntetisk cannabis"</b> (t ex K2, Spice)? Om ingen dag, ange 0. | <input type="text"/> |
| 3 | Använde du <b>något annat för att bli "hög"</b> ? (som illegala droger, mediciner [receptfria och receptbelagda], sniffning och liknande). Om ingen dag, ange 0.       | <input type="text"/> |
| 4 | Använde du någon typ av <b>tobaks- eller nikotinprodukter</b> ? (som cigaretter, e-cigaretter, vattenpipor och snus). Om ingen dag, ange 0.                            | <input type="text"/> |

Svarade patienten/klienten "0" dagar på **fråga 1, 2 och 3** i del A?

Ja

Nej

Ställ fråga B1 och avsluta sedan intervjun

Ställ samtliga frågor nedan (B1 till B6)

Del B.

Nej

Ja

- |   |  |                        |                        |
|---|--|------------------------|------------------------|
| 1 | Har det hänt att du har åkt <b>bil</b> då föraren var påverkad av alkohol eller droger? Räkna även med om det var du själv som körde påverkad. | 0 <input type="text"/> | 1 <input type="text"/> |
| 2 | Har det hänt att du har använt alkohol eller droger för att <b>koppla av</b> , känna dig bättre till mods eller för att passa in?              | 0 <input type="text"/> | 1 <input type="text"/> |
| 3 | Har det hänt att du har använt alkohol eller droger när du har varit <b>ensam</b> ?  | 0 <input type="text"/> | 1 <input type="text"/> |
| 4 | Har det hänt att du har <b>glömt</b> vad du har gjort när du använde alkohol eller droger?   | 0 <input type="text"/> | 1 <input type="text"/> |
| 5 | Har det hänt att <b>familj eller vänner</b> har sagt till dig att du borde minska/sluta använda alkohol eller droger?                          | 0 <input type="text"/> | 1 <input type="text"/> |
| 6 | Har det hänt att du har hamnat i <b>trubbel</b> när du använde alkohol eller droger?   | 0 <input type="text"/> | 1 <input type="text"/> |

Två eller flera JA på frågorna B1 till B6 kan tyda på förekomsten av allvarliga problem och behov av fördjupad bedömning.

Se separat feedbackblad för instruktion till patient-/klientåterkoppling.

Sammanlagd poängsumma: