

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.

Var vänlig och besvara alla frågor ärligt.

Del A. Under de senaste 12 månaderna , hur många dagar har du:		Antal dagar
1	Druckit mer än någon enstaka klunk öl, vin eller någon annan dryck som innehåller alkohol ? Om ingen dag, ange 0.	<input type="text"/>
2	Använt någon typ av cannabis (rökt, vapat eller ätit marijuana, olja eller hasch) eller ”syntetisk cannabis” (t ex K2, Spice)? Om ingen dag, ange 0.	<input type="text"/>
3	Använt något annat för att bli ”hög” ? (som illegala droger, mediciner [receptfria och receptbelagda], sniffning och liknande). Om ingen dag, ange 0.	<input type="text"/>

Läs dessa instruktioner innan du fortsätter:

- Om du har skrivit “0” i **alla** fälten ovan, svara **endast** på fråga 1 i B-delen och **avsluta sedan**
- Om du har skrivit “1” eller mer i **något** av fälten ovan, svara på **samtliga** frågor i B-delen (1 till 6)

Del B.		Nej	Ja
1	Har det hänt att du har åkt bil 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 koppla av , 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 ensam ?	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>
4	Har det hänt att du har glömt vad du har gjort när du använde alkohol eller droger?	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>
5	Har det hänt att familj eller vänner 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 trubbel när du använde alkohol eller droger?	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>

Sammanlagd
poängsumma: