

แบบคัดกรองการใช้สารเสพติด

แบบคัดกรองหมายเลข...../พ.ศ.....

ศูนย์คัดกรอง.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....	
วัน/เดือน/ปี ที่คัดกรอง/...../.....	
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป	
๑	ชื่อ-สกุล เลขบัตรประชาชน.....
๒	อายุปี.....เดือน.....วัน วัน/เดือน/ปี เกิด...../...../.....
๓	เพศ <input type="checkbox"/> ๑ ชาย <input type="checkbox"/> ๒ หญิง <input type="checkbox"/> ๓ อื่นๆ (เพศภาวะ)ระบุ.....
๔	สัญชาติ (ถ้าเป็นชาวเขาระบุเผ่า) <input type="checkbox"/> ๑ ไทย <input type="checkbox"/> ๒ ชาวเผ่า (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> ๓ อื่นๆ (ระบุ).....
๕	ศาสนา <input type="checkbox"/> ๑ พุทธ <input type="checkbox"/> ๒ คริสต์ <input type="checkbox"/> ๓ อิสลาม <input type="checkbox"/> ๔ อื่นๆ
๖	ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....ซอย/ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัดหมายเลขโทรศัพท์..... บุคคลอ้างอิง (บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ญาติ).....มีความเกี่ยวข้อง..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....หมายเลขโทรศัพท์.....
๗	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> ๑ โสด <input type="checkbox"/> ๒ คู่ <input type="checkbox"/> ๓ แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> ๔ หย่า <input type="checkbox"/> ๕ หม้าย <input type="checkbox"/> ๖ อื่นๆ.....
๘	๘.๑ การศึกษาสูงสุด <input type="checkbox"/> ๑ ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> ๒ กำลังศึกษาระดับ..... ๘.๒ สำเร็จการศึกษาสูงสุด <input type="checkbox"/> ๑ ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> ๒ มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> ๓ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. <input type="checkbox"/> ๔ อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร <input type="checkbox"/> ๕ ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ๖ สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป
๙	ตรวจปัสสาวะวันที่.....หน่วยงานที่ตรวจ.....
ส่วนที่ ๒ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ	
๑	อาชีพหลักใน <input type="checkbox"/> ๑ แม่บ้าน <input type="checkbox"/> ๒ นักเรียนนักศึกษา <input type="checkbox"/> ๓ รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> ๔ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย <input type="checkbox"/> ๕ เกษตรกร ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ๖ พนักงานบริษัท <input type="checkbox"/> ๗ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> ๘ ว่างาน <input type="checkbox"/> ๙ อื่นๆ ระบุ.....
๒	อาชีพเสริม ระบุ.....
๓	รายได้ของตนเองโดยเฉลี่ย/เดือน.....บาท รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย/เดือน.....บาท
๔	หนี้สิน <input type="checkbox"/> ๑ ไม่มี <input type="checkbox"/> ๒ มี จำนวน.....บาท แหล่งหนี้สิน <input type="checkbox"/> ๑ ในระบบ <input type="checkbox"/> ๒ นอกในระบบ
ส่วนที่ ๓ ข้อมูลด้านครอบครัว สังคม	
๑	ปัจจุบันอาศัยอยู่ในครอบครัว <input type="checkbox"/> ๑ บ้านตนเอง <input type="checkbox"/> ๒ บ้านพ่อแม่ <input type="checkbox"/> ๓ บ้านคู่ครอง <input type="checkbox"/> ๔ อื่นๆ ระบุ.....
๒	จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวปัจจุบัน (ระบุ).....คน
๓	ระบุบุคคลในครอบครัว ที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) ๓.๑ <input type="checkbox"/> ปัจจุบันอาศัยอยู่ในครอบครัวตนเอง/พ่อแม่ ผู้อาศัยอยู่ด้วย ได้แก่ <input type="checkbox"/> ๑. บิดา <input type="checkbox"/> ๒. มารดา <input type="checkbox"/> ๓. คู่สมรส <input type="checkbox"/> ๔. บุตร จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> ๕. ปู่/ตา <input type="checkbox"/> ๖. ย่า/ยาย <input type="checkbox"/> ๗. ญาติ.....คน <input type="checkbox"/> ๘. อื่นๆระบุ..... ๓.๒ <input type="checkbox"/> ปัจจุบันอาศัยอยู่ในครอบครัวของคู่ครอง ผู้อาศัยในครอบครัวของคู่ครอง ได้แก่ <input type="checkbox"/> ๑. บิดา <input type="checkbox"/> ๒. มารดา <input type="checkbox"/> ๓. คู่สมรส <input type="checkbox"/> ๔. บุตร จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> ๕. ปู่/ตา <input type="checkbox"/> ๖. ย่า/ยาย <input type="checkbox"/> ๗. ญาติ.....คน <input type="checkbox"/> ๘. อื่นๆระบุ.....
๔	สัมพันธภาพในครอบครัว <input type="checkbox"/> ๑ อยู่ด้วยกันราบรื่น <input type="checkbox"/> ๒ อยู่ด้วยกันไม่ราบรื่น <input type="checkbox"/> ๓ อื่นๆระบุ.....
๕	ลักษณะที่ตั้งของบ้านเรือนตั้งอยู่ใน <input type="checkbox"/> ๑ ชนบท <input type="checkbox"/> ๒ กึ่งเมือง <input type="checkbox"/> ๓ ชุมชนเมือง <input type="checkbox"/> ๔ ชุมชนแออัด <input type="checkbox"/> ๕ อื่นๆระบุ.....
๖	ปัญหาในชุมชน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> ๑ ยาเสพติด <input type="checkbox"/> ๒ เด็ก-เยาวชน <input type="checkbox"/> ๓ อาชญากรรม <input type="checkbox"/> ๔ ความยากจน <input type="checkbox"/> ๕ ขัดแย้งขาดความสามัคคี <input type="checkbox"/> ๖ อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ ๔ ด้านสุขภาพ และสิทธิการรักษาพยาบาล						
๑	โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ๑. ไม่มี <input type="checkbox"/> ๒. มี ระบุ.....					
๒	การเจ็บป่วยปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ๑. ไม่มี <input type="checkbox"/> ๒. มี ระบุ.....					
๓	การประเมินสภาพทางจิต ในช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน					
	๓.๑	ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง (หากมีตั้งแต่ ๑ ข้อขึ้นไปถือว่า "มีความเสี่ยง")				
		<input type="checkbox"/> มีเรื่องกดดันหรือคับแค้นใจ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	สรุป <input type="checkbox"/> ไม่มีความเสี่ยง <input type="checkbox"/> มีความเสี่ยง	
		<input type="checkbox"/> รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี		
		<input type="checkbox"/> รู้สึกเป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี		
		<input type="checkbox"/> ขณะนี้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือหาวิธีฆ่าตัวตายหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี		
	๓.๒	ประเมินความเสี่ยงการทำร้ายผู้อื่น (หากมีตั้งแต่ ๑ ข้อขึ้นไปถือว่า "มีความเสี่ยง")				
		<input type="checkbox"/> ก้าวร้าว ุน่ววย ทำร้ายผู้อื่น	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	สรุป <input type="checkbox"/> ไม่มีความเสี่ยง <input type="checkbox"/> มีความเสี่ยง	
		<input type="checkbox"/> หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี		
		<input type="checkbox"/> หูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี		
๔	สิทธิการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ๑.สวัสดิการข้าราชการ <input type="checkbox"/> ๒.ประกันสังคม <input type="checkbox"/> ๓.หลักประกันสุขภาพ ๓๐ บาท <input type="checkbox"/> จ่ายเอง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....					
ตอนที่ ๕ ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด						
๑	ยาเสพติดหลักที่ใช้ในช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> ๑. ยาบ้า <input type="checkbox"/> ๒. ยาไอซ์ <input type="checkbox"/> ๓. ยาอี <input type="checkbox"/> ๔. กัญชา <input type="checkbox"/> ๕. สารระเหย <input type="checkbox"/> ๖. เฮโรอีน <input type="checkbox"/> ๗. ผีน <input type="checkbox"/> ๘. อื่นๆระบุ.....					
๒	ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคิดครองครั้งนี่คือ.....	ไม่ เคย	เพียง ๑-๒ ครั้ง	เดือนละ ๑-๓ ครั้ง	สัปดาห์ละ ๑-๔ ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ ๕-๗วัน)
	๒.๑ คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	๐	๒	๓	๔	๖
	๒.๒ คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกอยากใช้.....จนทน ไม่ได้บ่อยเพียงใด	๐	๓	๔	๕	๖
	๒.๓ การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครั ว สังคม กฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	๐	๔	๕	๖	๗
	๒.๔ การใช้.....ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือทำ กิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	๐	๕	๖	๗	๘
	ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่ เคย	เคยแต่ก่อน ๓ เดือน ที่ผ่านมา		เคยในช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมา	
	๒.๕ ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับการใช้.....หรือไม่	๐	๓		๖	
	๒.๖ คุณเคยลด หรือใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จหรือไม่	๐	๓		๖	
	รวมคะแนน					
	แปลผล <input type="checkbox"/> ๑) ๒-๓ คะแนน อนุมานว่าเป็นผู้ใช้ <input type="checkbox"/> ๒) ๔-๒๖ คะแนน อนุมานว่าเป็นผู้เสพ <input type="checkbox"/> ๓) ๒๗+ คะแนน อนุมานว่าเป็นผู้ติด					
	๒.๗ คุณเคยใช้สาร เสพติดชนิดนี้ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ๑ ไม่เคย <input type="checkbox"/> ๒ เคย ถ้าเคย, ภายใน ๓ เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า ๓ วันติดต่อกัน <input type="checkbox"/> ๒ มากกว่า ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า ๓ วัน ติดต่อกัน				

	ยาเสพติด	ระดับคะแนนสภาพจิต	สถานที่ส่งต่อ
สรุปการประเมิน	<input type="checkbox"/> ผู้ใช้ (๒-๓ คะแนน) หรือ	<input type="checkbox"/> ไม่มีความเสี่ยง	<input type="checkbox"/> สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ช้ยาเสพติด
	<input type="checkbox"/> ผู้เสพ (๔-๒๖ คะแนน)	<input type="checkbox"/> มีความเสี่ยง	<input type="checkbox"/> สถานพยาบาล.....
	<input type="checkbox"/> ผู้ติด (๒๗ คะแนนขึ้นไป)	<input type="checkbox"/> ไม่มีความเสี่ยง หรือ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
		<input type="checkbox"/> มีความเสี่ยง	<input type="checkbox"/> ส่งสถานพยาบาล.....
			<input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
เคยใช้ยาเสพติดแบบฉีดยา ภายใน ๓ เดือนที่ผ่านมา และมี หรือ ไม่มีความด้านสภาพจิต			ส่งสถานพยาบาล.....

ลงชื่อผู้ถูกคัดกรอง.....	ลงชื่อผู้ปกครอง(กรณีอายุต่ำกว่า๑๘ ปี).....
ลงชื่อเจ้าหน้าที่นำส่ง(ตัวบรรจง).....	ตำแหน่ง.....
ลงชื่อเจ้าหน้าที่ที่ส่งต่อ	ตำแหน่ง.....
ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้คัดกรอง/บันทึก.....	ตำแหน่ง.....