**水平2—物质使用—6-17岁儿童的父母/监护人\***

\*改编自NIDA-ASSIST修订版

**儿童的姓名： 年龄： 性别：□男 □女 日期：**

**与该儿童的关系：**

**对父母/监护人的指导语：**在刚刚完成的DSM-5水平1的问卷中，您的孩子在***过去两周内***受到以下问题轻度或更严重的困扰：“饮用酒精饮料”、“抽烟、抽雪茄、烟斗或使用鼻烟或咀嚼烟草”、“使用毒品，比如大麻、可卡因、俱乐部毒品、迷幻剂、海洛因、吸入剂或溶剂、冰毒”和/或“在没有医生处方的指导下自行使用任何药物”。下列问题将会询问有关这些感受的更多细节，尤其是您的孩子在**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** | **几乎每一天** | **不清楚** | **条目得分** |
| 在过去的两周中，您的孩子大约多频繁地…… | | | | | | | | |
| 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 | □ |  |
| 在过去的两周中，您的孩子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. | 止痛药（如维柯丁） | □ 0 | □1 | □2 | □3 | □4 | □ |  |
| e. | 兴奋剂（如利他林、安非他明） | □ 0 | □1 | □2 | □3 | □4 | □ |  |
| f. | 镇静剂（如安眠药或安定） | □ 0 | □1 | □2 | □3 | □4 | □ |  |
| **或以下药物：** | | | | | | | | |
| 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） | □ 0 | □1 | □2 | □3 | □4 | □ |  |
| o. | 冰毒甲基苯丙胺（如快速丸） | □ 0 | □1 | □2 | □3 | □4 | □ |  |