

**APPENDIX Z13: NIDA Quick Screen AHC Annex (modified)**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M

Entrevistador/a: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Z59 \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

**PASO 1 - Pregunte a la pantalla rápida de NIDA con preguntas PHQ-2**

Instrucciones: Con el lenguaje de muestra que se muestra a continuación, preséntese a su paciente y luego pregunte sobre el uso de sustancias en el año anterior mediante la pantalla rápida de NIDA. Para cada sustancia, marque en la columna correspondiente. El proceso de selección es **ASK-ADVISE-REFER (AAR)**.

Introducción (Léalo al paciente): Hola, soy \_\_\_\_\_, un MA / RS / CM / SWI. Bienvenidos (de vuelta) a nuestra clínica. Como parte de la admisión de pacientes nuevos o recurrentes, me gustaría hacerle algunas preguntas que nos ayudarán a brindarle una mejor atención médica. Hacemos estas mismas preguntas a todos los pacientes. Las preguntas se relacionan con su experiencia con el tabaco, el alcohol y otras drogas. Algunas de las sustancias de las que hablaremos son recetadas por un médico o una enfermera especializada (como los analgésicos). Pero solo los registraré si los ha tomado por motivos o en dosis distintas a las recetadas. También le preguntaré sobre el uso de drogas ilícitas o ilegales (drogas ilegales), pero solo para diagnosticarlo y tratarlo mejor.

Quick Screen Question:	Never	Once or Twice	Monthly	Weekly	Daily or Almost Daily
<b>In the past year, how often have you used the following?</b>					
<b>Alcohol</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>For men, 5 or more drinks a day</li> <li>For women, 4 or more drinks a day</li> </ul>					
<b>Tobacco Products</b>					
<b>Prescription Drugs for Non-Medical Reasons</b>					
<b>Illegal Drugs</b>					

<b>DEPRESIÓN:</b> durante el último mes, ¿le ha molestado:		
¿Poco interés o placer en hacer cosas?	Si	NO
¿Te sientes decaído, deprimido o sin esperanza?	Si	NO

**PASO 2:** indique la acción de detección a continuación colocando una marca de verificación ( ) junto a 4 opciones de seguimiento.

\_\_\_ Si el paciente dice "NO" a todos los medicamentos en la pantalla rápida, refuerce la abstinencia. La detección está completa.

\_\_\_ Si el paciente dice "Sí" a 1-4 días de consumo excesivo de alcohol en un mes, tenga en cuenta que el paciente es un bebedor en riesgo. Proporcione al paciente un folleto sobre la reducción del consumo de alcohol. Si el paciente dice "Sí" a 5 o más bebidas al día durante 5 o más días en un mes (4/5 para mujeres), haga una remisión por escrito o considere inscribirse en Amador Recovery. **[bebida = cerveza 12 oz, vino 5 oz, licor 1.5 oz]**

\_\_\_ Si el paciente dice "Sí" al uso de medicamentos opioides recetados (analgésicos) por razones no médicas u opiáceos ilegales (heroína), registre la respuesta y haga una remisión por escrito / inscribese en el Proyecto de Recuperación del Anexo Amador. Especifique qué drogas en el espacio junto a Drogas ilegales / callejeras. Para otras drogas (**por ejemplo, metanfetaminas, cocaína, estimulantes, inhalantes, benzodiazepinas / sedantes, alucinógenos, etc.**), anote la respuesta y ofrezca un folleto sobre SMART Recovery. Las personas con AUD o OUD y uso / mal uso de metanfetamina pueden inscribirse en Amador Recovery.

\_\_\_ Si el paciente dice "Sí" al uso de tabaco: Cualquier uso actual de tabaco pone al paciente en riesgo. Aconseje a todos los consumidores de tabaco que dejen de fumar. Para obtener más información sobre cómo dejar de fumar, entregue al paciente una tarjeta para dejar de fumar para el programa NM Quit Now. [ver Índice de pesadez del tabaquismo]

\_\_\_ Si la respuesta del paciente a ambas preguntas sobre la depresión es "no", la pantalla es negativa. Si el paciente respondió "sí" a cualquiera de las preguntas, considere regresar para repetir la prueba en 3 meses. Si responde "sí" a ambas preguntas, administre PHQ-9 para que lo deriven al Anexo ARP o BH Primary Care.

Nota: externamente, el paciente puede ser derivado directamente al anexo; mejor concertar cita. Proporcione una copia de este resultado de la evaluación en un sobre sellado al paciente y envíe por fax el resultado de la evaluación para su remisión al anexo. Internamente, un especialista en recuperación puede caminar hasta el edificio principal para recibir una "mano cálida". Complete la parte inferior de esta página solo si se refiere a Amador Recovery para AUD u OUD.

**Fecha / hora enviado por fax al anexo (575.652.3785) por:** \_\_\_\_\_

¿Cuándo estuvo encarcelado por última vez? \_\_\_\_\_ ¿Alguna vez ha tenido una sobredosis de opioides?

\_\_\_\_\_ ¿Alguna vez se hizo la prueba del VIH / VHC? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo experimenta abstinencia de alcohol (después de cuántas horas sin beber)? \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido DT / batidos sin ETOH \_\_\_\_\_