INSTRUMEN TEMUDUGA KLINIKAL BERSTRUKTUR BAGI DIAGNOSIS KECELARUAN PENGGUNAAN DADAH DAN BAHAN [SCID]

MAKLUMAT KLIEN

1. Nama :
2. No. Kad Pengenalan :
3. Umur :
4. Jantina : * Lelaki/Perempuan
5. Keturunan/Bangsa : * Melayu/Cina/India
   Lain-lain [nyatakan: _____]
6. Taraf Perkahwinan : * Bujang/Kahwin
   Lain-lain [nyatakan: _____]
7. Alamat : _____
   _____
   _____
8. No. Telefon Kecemasan :
9. Tempat Penilaian :
10. Nama Pegawai Pemulihan :

BAHAGIAN A

Saya akan bertanya mengenai penggunaan dadah dan bahan oleh anda sejak 12 bulan lalu, atau satu tahun lalu

	Jenis Dadah yang akan ditanya	JENIS DADAH YANG DIGUNA 12 BULAN LALU	
A1	**Sedatif, Hipnotik atau Anxiolitik**: Dalam tempoh 12 bulan lepas, adakah anda ada menggunakan pil untuk menenangkan diri, membantu anda relaks atau membantu anda tidur? [Dadah seperti *Valium*, *Xanax*, *Ativan*, *Klonopin*, *Ambien*, *Sonata* atau *Lunesta*?] Jika YA, dadah spesifik digunakan: _____	YA	TIDAK
A2	**Kanabis**: Dalam tempoh 12 bulan lepas, adakah anda ada menggunakan kanabis? [Dadah seperti Ganja, "sayur", "*grass*", "*weed*", "*sticks*", "*hash*", "*joints*" atau "*pot*"?] Jika YA, dadah spesifik digunakan: _____	YA	TIDAK
A3	**Stimulan**: Dalam tempoh 12 bulan lepas, adakah anda ada menggunakan dadah atau bahan stimulan atau perangsang untuk membolehkan anda menjadi bertenaga, berjaga, hilangkan berat badan atau membantu anda fokus? [Dadah seperti methamfetamin, syabu, "batu", "kristal", "*crank*", *Ritalin*, *Dexedrine* atau amfetamin?] Bagaimana dengan dadah seperti kokain atau "*crack*"? Jika YA, dadah spesifik digunakan: _____	YA	TIDAK
A4	**Opiat**: Dalam tempoh 12 bulan lepas, adakah anda ada menggunakan heroin atau metadon? Atau pil-pil penahan sakit? [Dadah seperti kodein, morfin, *Percocet*, *Percodan*, *Oxycontin*, *Tylox* atau *Oxycodone*, *Vicodin*, *Lortab*, *Lorcet* atau *Hydrocodone*, *Suboxone* atau *Buprenorphine*? Jika YA, dadah spesifik digunakan: _____	YA	TIDAK
A5	**Phencyclidine (PCP) dan bahan berkaitan**: Dalam tempoh 12 bulan lepas, adakah anda ada menggunakan PCP ["*angel dust*", "*peace pill*"] atau ketamin ["*Special K*", "*Vitamin K*"]? Jika YA, dadah spesifik digunakan: _____	YA	TIDAK
A6	**Halusinogen**: Dalam tempoh 12 bulan lepas, adakah anda ada menggunakan mana-mana dadah untuk "*trip*" atau meningkatkan sensasi? [Dadah jenis LSD, "asid", *peyote*, meskalin, "*mushrooms*", *psilocybin*, ekstasi [MDMA, "*molly*"], *bath salt*, DMT, atau lain-lain halusinogen?] Jika YA, dadah spesifik digunakan: _____	YA	TIDAK
A7	**Inhalan**: Dalam tempoh 12 bulan lepas, adakah anda ada menggunakan bahan seperti gam, cat, *gasoline* atau lain-lain inhalan bagi mendapatkan keseronokan [*high*]? Jika YA, dadah spesifik digunakan: _____	YA	TIDAK
A8	**Lain-lain**: Bagaimana dengan dadah-dadah lain, seperti *anabolic steroids*, *nitrus oksida* [gas ketawa, "*whippets*"], nitrat [*amyl nitrite*, *butyl nitrite*, "*poppers*", "*snappers*"], pil diet [*phentermine*] atau ubat-ubat sah bagi kealahan, demam, batuk atau tidur? Jika YA, dadah spesifik digunakan: _____	YA	TIDAK

Jika ada mana-mana item A1 – A8 ada ditandakan YA [iaitu ada menggunakan dadah atau bahan berkenaan dalam tempoh 12 bulan], sambung temuduga ini dengan item-item A1a – A8a di halaman berikutnya.

Jika semua item ditandakan TIDAK, hentikan temuduga.

©DMRJ

BAHAGIAN B

JIKA DIDAPATI ADA PENGGUNAAN DADAH DARIPADA MANA-MANA KELAS DADAH SEPERTI DI DALAM ITEM A1 – A8, SUSULI TEMUDUGA DENGAN SOALAN-SOALAN BERIKUT BAGI MENENTUSAHKAN PENGGUNAAN DADAH BERKENAAN SETARA ATAU MELEBIHI NILAI AMBANG [*THRESHOLD*] BAGI PENILAIAN KECELARUAN PENGGUNAAN DADAH DAN BAHAN

JIKA DADAH: **Adakah anda menggunakan [NAMA DADAH] sekurang-kurangnya enam [6] kali sejak 12 bulan lepas?**

JIKA YA: **Sejak 12 bulan lepas, bila anda paling kerap menggunakan [NAMA DADAH]? Bila kali terakhir? Dalam tempoh itu, berapa kerap anda menggunanya? Berapa banyak [dos]? Adakah penggunaan [NAMA DADAH] mendatangkan masalah kepada anda? Pernahkah ada orang menghalang anda menggunakan [NAMA DADAH]?**

JIKA DADAH/UBAT PRESKRIPSI/KAUNTER [OTC]: **Sejak 12 bulan lepas, pernahkah anda menjadi bergantung [*dependent*] kepada [NAMA DADAH/UBAT]? Adakah anda menggunanya melebihi dos yang dipreskripsi atau kehabisan dos lebih awal? Pernahkah anda mendapatkan preskripsi [NAMA DADAH/UBAT] lebih daripada seorang doktor bagi mengatasi kehabisan dos ini?**

	Dadah Digunakan	Setara atau Melebihi Nilai Ambang [*Threshold*]		Corak Penggunaan [Berasaskan soalan di atas]
A1a	**Sedatif, Hipnotik atau Anxiolitik** Nama dadah spesifik yang digunakan:	YA	TIDAK	
A2a	**Kanabis** Nama dadah spesifik yang digunakan:	YA	TIDAK	
A3a	**Stimulan** Nama dadah spesifik yang digunakan:	YA	TIDAK	
A4a	**Opiat** Nama dadah spesifik yang digunakan:	YA	TIDAK	
A5a	**Phencyclidine atau bahan berkaitan** Nama dadah spesifik yang digunakan:	YA	TIDAK	
A6a	**Halusinogen** Nama dadah spesifik yang digunakan:	YA	TIDAK	
A7a	**Inhalan** Nama dadah spesifik yang digunakan:	YA	TIDAK	
A8a	**Lain-lain** Nama dadah spesifik yang digunakan:	YA	TIDAK	

JIKA TERDAPAT MANA-MANA DADAH ATAU BAHAN DIGUNAKAN SEKURANG-KURANGNYA ENAM [6] KALI DALAM TEMPOH 12 BULAN LEPAS ATAU DADAH/UBAT PRESKRIPSI DISALAHGUNA DALAM TEMPOH 12 BULAN LEPAS [PENGAMBILAN MELEBIHI PRESKRIPSI DAN PRESKRIPSI LEBIH DARIPADA SATU DOKTOR], SAMBUNG TEMUDUGA INI DENGAN ITEM A9 – A20 DI HALAMAN BERIKUTNYA.

JIKA TIADA, TAMATKAN TEMUDUGA.

BAHAGIAN C

KECELARUAN PENGGUNAAN BAHAN 12 BULAN LEPAS		KRITERIA KECELARUAN PENGGUNAAN BAHAN	
	Dadah atau bahan mana yang menyebabkan anda mengalami banyak masalah dalam tempoh 12 bulan lepas, atau sejak setahun lalu? Yang mana satu paling banyak anda gunakan? Yang mana "dadah pilihan" anda?		
A9	Sekarang saya akan bertanya anda beberapa soalan mengenai penggunaan dadah atau bahan [YANG PALING BANYAK ATAU SEBABKAN BANYAK MASALAH] dalam tempoh 12 bulan lepas atau sejak setahun lalu.	Penggunaan dadah secara bermasalah yang membawa kepada kemerosotan (*impairment*) signifikan secara klinikal, dan menepati sekurang-kurangnya 2 kriteria berikut dalam tempoh 12 bulan:	
A10	Dalam tempoh 12 bulan lepas… …adakah anda mendapati sejak kali pertama menggunakan [NAMA DADAH] akan berakhir dengan menggunakan lebih banyak daripada yang diingini? Sebagai contoh, anda merancang menggunakan sedikit [NAMA DADAH] tetapi akhirnya banyak anda gunakan. [Beritahu saya mengenainya. Berapa kerap anda alaminya?] **Jika TIDAK**: Bagaimana dengan [NAMA DADAH] yang digunakan dalam tempoh lama berbanding anda ingini?	1. Dadah atau bahan diguna dalam jumlah yang besar ATAU dalam tempoh lama berbanding diingini.	- +
A11	…adakah anda mahu berhenti atau mengurangkan penggunaan [NAMA DADAH], atau mengawal penggunaan [NAMA DADAH]? **Jika YA**: Berapa lama keinginan untuk berhenti, mengurang atau mengawal penggunaan [NAMA DADAH] berlaku? **Jika TIDAK**: Sejak setahun lalu, pernahkah anda mencuba berhenti, mengurangkan atau mengawal penggunaan [NAMA DADAH]? Adakah anda berjaya? [Pernahkah anda melakukan lebih daripada satu cubaan untuk berhenti, mengurangkan atau mengawal penggunaan [NAMA DADAH]?]	2. Terdapat keinginan berterusan ATAU usaha-usaha yang tidak berjaya untuk mengurangkan atau mengawal penggunaan dadah atau bahan.	- +
A12	…adakah anda menghabiskan banyak masa untuk mendapatkan [NAMA DADAH] atau menggunakan [NAMA DADAH] atau adakah ia memerlukan masa yang lama untuk anda menghilangkan kesan [NAMA DADAH]? [Berapa banyak masa?]	3. Banyak masa dihabiskan dalam aktiviti yang perlu untuk mendapat, mengguna atau pulih dari kesan dadah atau bahan.	- +
A13	…adakah anda mempunyai keinginan [gian] atau desakan kuat mengguna [NAMA DADAH] di antara tempoh penggunaan semasa anda menggunakan [NAMA DADAH]? [Adakah semasa mempunyai keinginan kuat ini anda sukar berfikir mengenai perkara lain?] **Jika TIDAK**: Adakah anda mempunyai keinginan atau desakan yang kuat apabila berada di sekeliling orang yang pernah anda guna [NAMA DADAH] bersama dulu [atau tempat, benda]?	4. Kegianan, atau keinginan yang kuat untuk menggunakan dadah atau bahan.	- +
A14	Dalam tempoh 12 bulan lepas… …adakah anda tidak hadir bekerja atau bersekolah atau kerap lambat kerana anda mabuk, berkhayal atau pulih daripada kesan dadah pada malam sebelumnya? **Jika TIDAK**: Bagaimana dengan melakukan sesuatu yang salah di tempat kerja atau sekolah, atau gagal dan dibuang sekolah akibat penggunaan [NAMA DADAH]? **Jika TIDAK**: Bagaimana dengan sikap anda tidak mengambil peduli apa-apa yang berlaku di rumah akibat penggunaan [NAMA DADAH], seperti memastikan makanan dan keperluan keluarga anda dipenuhi atau memastikan anak-anak anda ke sekolah atau ambil tahu kesihatan anak anda? Bagaimana soal pembayaran bil utiliti anda? **Jika YA** kepada mana-mana situasi di atas: Berapa kerap?	5. Penggunaan dadah atau bahan secara berterusan menyebabkan individu gagal memenuhi peranan atau tanggungjawab di tempat kerja, sekolah atau rumah [e.g., ketidakhadiran berterusan atau prestasi buruk berkait penggunaan dadah; ponteng, digantung atau dibuang dari sekolah; pengabaian anak atau keluarga].	- +

A15	…adakah penggunaan [NAMA DADAH] anda menyebabkan anda bermasalah dengan orang lain, seperti ahli keluarga, rakan sebaya atau rakan tempat kerja? [Adakah anda mendapati diri anda selalu bertengkar akibat penggunaan [NAMA DADAH] anda? Adakah anda terlibat dalam pergaduhan fizikal semasa anda dalam penggunaan [NAMA DADAH]? **Jika YA**: Adakah anda tetap menggunakan [NAMA DADAH]? [Sehingga berapa lama?]	6. Meneruskan penggunaan dadah atau bahan walaupun berhadapan masalah sosial atau *interpersonal* yang berterusan dan berulang atau diburukkan lagi akibat kesan penggunaan dadah atau bahan [e.g., bertengkar dengan pasangan atau bergaduh secara fizikal]	- +
A16	…adakah anda menghentikan atau mengurangkan penggunaan masa di tempat kerja, bersama keluarga atau rakan, atau untuk hobi disebabkan penggunaan [NAMA DADAH] anda?	7. Aktiviti-aktiviti sosial, pekerjaan atau rekreasi dihentikan atau dikurangkan kerana penggunaan dadah atau bahan.	- +
A17	…adakah anda pernah dalam keadaan khayal sebelum melakukan sesuatu yang memerlukan koordinasi atau penumpuan penuh seperti memandu, menaiki tangga atau mengendalikan mesin/jentera berat? **Jika YA [BAGI DADAH SELAIN STIMULAN]**: Adakah anda bersetuju bahawa penggunaaan [NAMA DADAH] memberi kesan terhadap koordinasi dan penumpuan penuh anda, dan ada kemungkinan ia akan mendatangkan kecederaan kepada anda atau orang lain? **Jika YA [BAGI STIMULAN SAHAJA]**: Adakah anda bersetuju bahawa penggunaan [NAMA STIMULAN] akan membuatkan anda memandu secara cuai seperti memandu laju atau mengambil risiko tak perlu? **Jika YA** mana-mana di atas: Berapa kali berlaku?	8. Penggunaan dadah yang berterusan dalam situasi ianya mendatangkan mudarat secara fizikal [e.g., memandu kereta atau mengendalikan mesin semasa dalam pengaruh dadah atau bahan].	- +

@DMRJ

A18	Dalam tempoh 12 bulan lepas… …adakah penggunaan [NAMA DADAH] menyebabkan anda menghadapi masalah seperti membuatkan anda tertekan, resah, paranoia, mudah marah atau sangat gelisah? Adakah ia mencetus serangan panik, membuatkan anda sukar tidur, serabut kepala (*mental fog*) atau membuatkan anda gagal mengingati apa yang berlaku semasa anda di dalam pengaruh [NAMA DADAH]? Adakah penggunaan [NAMA DADAH] menyebabkan masalah fizikal, seperti jantung berdebar, batuk atau sukar bernafas, sembelit atau jangkitan kulit? **Jika YA** kepada mana-mana situasi di atas: Adakah anda tetap meneruskan penggunaan [NAMA DADAH]?	9. Penggunaan dadah atau bahan diteruskan walaupun mengetahui ia menyebabkan masalah fizikal atau psikologikal, atau memburukkan lagi masalah ini.	- +
A19	…adakah anda dapati anda perlu menggunakan [NAMA DADAH] lebih banyak bagi memperoleh atau mendapatkan perasaan [kesan] yang diingini berbanding sebelum ini? **Jika YA**: Berapa banyak? **Jika TIDAK**: Apa berlaku jika anda menggunakan [NAMA DADAH] dalam dos yang sama, adakah ia kurang memberi kesan berbanding sebelum ini? **Jika DADAH PRESKRIPSI**: Adakah anda menggunakannya sebagaimana diarahkan doktor? [Pernahkah anda menggunakan lebih dari yang dipreskripsi atau ia habis lebih awal? Pernahkah anda mendapatkan preskripsi lebih daripada seorang doktor bagi mendapatkan jumlah dos yang diingini?]	10. Toleran, yang dicirikan oleh salah satu keadaan berikut: a. Perlu mendapatkan dos dadah atau bahan yang tinggi [makin meningkat berbanding sebelumnya] bagi mendapatkan kesan yang diingini b. Kesan dadah makin berkurang apabila jumlah dos dadah atau bahan digunakan adalah sama	- +
A20	**ITEM INI TIDAK TERPAKAI KEPADA PCP, HALUSINOGEN DAN INHALAN** Adakah anda pernah mengalami gejala pengunduran, seperti mengalami rasa sakit apabila anda mengurangkan atau menghentikan penggunaan [NAMA DADAH] **Jika YA**: Apa gejala yang anda alami? [Rujuk senarai gejala pengunduran yang disediakan]	11. Pengunduran, ditunjukkan oleh salah satu keadaan berikut: a. Mengalami keadaan gejala pengunduran mengikut jenis dadah atau bahan b. Dadah atau bahan sama [atau hampir sama] diguna bagi melegakan atau mengelak gejala pengunduran	- +

	▪ **Jika TIDAK**: Selepas tidak menggunakan [NAMA DADAH] dalam tempoh beberapa jam atau lebih, adakah anda kadang-kadang menggunakannya semula atau kadang-kadang membiarkan anda merasa sakit akibat [GEJALA PENGUNDURAN YANG DIALAMI]? **Jika DADAH PRESKRIPSI**: Adakah anda menggunakannya sebagaimana diarahkan doktor? [Pernahkah anda menggunakan lebih dari yang dipreskripsi atau ia habis lebih awal? Pernahkah anda mendapatkan preskripsi lebih daripada seorang doktor bagi memastikan anda tidak kehabisan ubat ini?		
Jika terdapat dadah atau bahan lain melepasi nilai ambang [threshold] yang ditetapkan [6 kali atau lebih dalam tempoh 12 bulan], buat penilaian menggunakan item-item yang sama [R9 – R20] bagi setiap kelas dadah atau bahan ini.			

Berikut ialah senarai gejala pengunduran mengikut kelas dadah bagi tujuan penilaian pemenuhan kriteria 11 atau item R20 di atas:		
1.	Opiat [seperti heroin, morfin, candu, *meriperidine* [*demerol*], kodein dan metadon]	Mengalami **tiga [3] atau lebih kesan berikut** dalam tempoh beberapa minit hingga beberapa hari, iaitu: □ mood disporik [rasa yidak selesa] □ loya dan muntah □ sakit atau sengal otot □ mata berair [*lacrimation*] atau hidung berair [*rhinorrhea*] □ anak mata membesar [*mydriasis*], bulu roma menegang/meremang [*piloerection*] dan berpeluh □ cirit-birit [*diarrhea*] □ menguap [*yawning*] □ demam □ *insomnia* [kecelaruan tidur]
2.	Kanabis [seperti ganja, *hashish* dan minyak *hashish*]	Mengalami **tiga [3] atau lebih kesan berikut** dalam tempoh seminggu, iaitu: □ mudah marah [*iiritability*], marah dan agresif □ gementar [*nervousness*] atau bimbang [*anxiety*] □ sukar tidur [*sleep difficulty*] □ penurunan/hilang selera makan [*decrease appetite*] dan berat badan [*weight loss*] □ gelisah [*restlessness*] □ murung atau mood tertekan [*depressed mood*] □ sekurang-kurangnya satu [1] simptom fizikal berikut yang menyebabkan berlaku ketidakselesaan: sakit perut [*abdominal pain*], badan/tangan bergetar [*shakiness/tremors*], berpeluh, demam, menggigil atau sakit kepala
3.	Sedatif, hipnotik atau anxiolitik [seperti *benzodiazepine*, *barbiturate*, *eszopiclone*, *zolpidem* dan *zaleplon*]	Mengalami **dua [2] atau lebih kesan berikut** dalam tempoh beberapa jam hingga beberapa hari, iaitu: □ hiperaktiviti autonomik [e.g. kadar denyut nadi lebih daripada 100 bpm] □ tangan bergetar [*hand tremor*] □ *insomnia* [kecelaruan tidur] □ loya dan muntah □ halusinasi atau ilusi sementara [visual, taktil atau auditori] □ gangguan psikomotor □ kebimbangan [*anxiety*] □ sawan *grand mal*
4.	Stimulan [seperti amfetamin, kokain, perangsang jenis amfetamin/ATS]	Mengalami **ketidakselesaan [dysphoric mood] dan dua [2] atau lebih perubahan fisiologikal berikut** dalam tempoh beberapa jam hingga beberapa hari, iaitu: □ sangat letih [*fatigue*] □ mimpi jelas [*vivid*] dan tidak menyenangkan [*unpleasant dreams*] □ *insomnia* [kecelaruan tidur] dan *hypersomnia* [terlebih tidur] □ peningkatan selera makan □ kerencatan psikomotor

@DMRJ

BAHAGIAN D

Diagnos adalah berasaskan kelas dadah atau bahan dan bilangan simptom; nyatakan diagnosis dengan membulatkan jenis dadah yang digunakan secara spesifik dan tahap keparahan seperti berikut:

1. **Kecelaruan Penggunaan Sedatif, Hipnotik atau Anxiolitik** — Dadah spesifik digunakan: _____
   - Ringan: Jika menepati 2 – 3 simptom
   - Sederhana: Jika menepati 4 – 5 simptom
   - Teruk: Jika menepati 6 atau lebih simptom

2. **Kecelaruan Penggunaan Kanabis** — Dadah spesifik digunakan: _____
   - Ringan: Jika menepati 2 – 3 simptom
   - Sederhana: Jika menepati 4 – 5 simptom
   - Teruk: Jika menepati 6 atau lebih simptom

3. **Kecelaruan Penggunaan Stimulan [termasuk amfetamin, kokain dan stimulan lain]** — Dadah spesifik digunakan: _____
   - Ringan: Jika menepati 2 – 3 simptom
   - Sederhana: Jika menepati 4 – 5 simptom
   - Teruk: Jika menepati 6 atau lebih simptom

4. **Kecelaruan Penggunaan Opiat** — Dadah spesifik digunakan: _____
   - Ringan: Jika menepati 2 – 3 simptom
   - Sederhana: Jika menepati 4 – 5 simptom
   - Teruk: Jika menepati 6 atau lebih simptom

5. **Kecelaruan Penggunaan Phencyclidine dan Bahan Berkaitan** — Dadah spesifik digunakan: _____
   - Ringan: Jika menepati 2 – 3 simptom
   - Sederhana: Jika menepati 4 – 5 simptom
   - Teruk: Jika menepati 6 atau lebih simptom

6. **Kecelaruan Penggunaan Halusinogen** — Dadah spesifik digunakan: _____
   - Ringan: Jika menepati 2 – 3 simptom
   - Sederhana: Jika menepati 4 – 5 simptom
   - Teruk: Jika menepati 6 atau lebih simptom

7. **Kecelaruan Penggunaan Inhalan** — Dadah spesifik digunakan: _____
   - Ringan: Jika menepati 2 – 3 simptom
   - Sederhana: Jika menepati 4 – 5 simptom
   - Teruk: Jika menepati 6 atau lebih simptom

8. **Kecelaruan Penggunaan Bahan-bahan Lain** — Dadah spesifik digunakan: _____
   - Ringan: Jika menepati 2 – 3 simptom
   - Sederhana: Jika menepati 4 – 5 simptom
   - Teruk: Jika menepati 6 atau lebih simptom

©DMRJ

1. Nama Klien: .....

2. No. Kad Pengenalan: .....

Keputusan:

Ujian*: 1. SCID

☐ Ringan [*mild*]

☐ Sederhana [*moderate*]

☐ Teruk [*severe*]

2. SCID – R/B

☐ < 6

☐ 6+

* Pilih salah satu ujian yang dijalani klien

Ulasan pegawai:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tanda tangan: .....

Nama Pegawai Pemulihan:
[cop rasmi]

Tarikh:

Saya ..... No. KP: .....
BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU dengan keputusan ujian saringan yang telah dimaklumkan.

....
Tandatangan Tarikh