PENILAIAN UMUM KEPERLUAN KLIEN – SARINGAN RINGKAS
(PUKK-SR)

Soalan-soalan berikut adalah berkenaan masalah-masalah umum psikologi, tingkah laku dan peribadi. Masalah-masalah ini dianggap **signifikan** jika anda mengalaminya dua minggu atau lebih, apabila ia dialami berulang-ulang, apabila ia menghalang anda memenuhi tanggungjawab, atau apabila ia membuatkan anda rasa tidak boleh meneruskan kehidupan biasa. Selepas membaca setiap soalan, beritahu kami jika anda mengalaminya dalam bulan lepas, 2 hingga 3 bulan lepas, 4 hingga 12 bulan lepas atau tidak pernah mengalaminya.	Bulan lepas	2 hingga 3 bulan lepas	4 hingga 12 bulan lepas	Lebih setahun lepas	Tidak pernah
	4	3	2	1	0

IDScr	1. **Bila kali terakhir** anda mengalami masalah **signifikan** berikut:						
	a. merasa sangat terbelenggu, kesunyian, sedih, murung atau putus asa mengenai masa depan?	4	3	2	1	0
	b. masalah tidur seperti mengalami mimpi buruk, tidak nyenyak atau mengantuk pada waktu siang?	4	3	2	1	0
	c. rasa bimbang, cemas, tegang, takut, panik atau rasa seperti perkara buruk akan berlaku?	4	3	2	1	0
	d. menjadi sangat tertekan dan marah apabila sesuatu mengingatkan anda mengenai masa lepas?	4	3	2	1	0
	e. berfikir untuk menamatkan hidup anda atau mati membunuh diri?	4	3	2	1	0
	f. melihat atau mendengar sesuatu yang tidak dapat dilihat atau didengari atau dirasai oleh orang lain mengenai seseorang yang boleh membaca dan mengawal pemikiran anda?	4	3	2	1	0
EDScr	2. **Bila kali terakhir** anda melakukan perkara-perkara berikut **dua kali atau lebih**?						
	a. Berbohong atau menipu bagi mendapat sesuatu yang anda mahukan atau mengelak daripada melakukan sesuatu	4	3	2	1	0
	b. Mengalami kesukaran untuk memberi tumpuan terhadap sekolah, kerja atau rumahtangga	4	3	2	1	0
	c. Mengalami kesukaran untuk mendengar arahan di sekolah, tempat kerja atau rumah	4	3	2	1	0
	d. Mengalami kesukaran apabila menunggu giliran	4	3	2	1	0

	e. Membuli atau mengancam orang lain	4	3	2	1	0
	f. Memulakan pergaduhan secara fizikal dengan orang lain	4	3	2	1	0

(sambungan) Selepas membaca setiap soalan, beritahu kami jika anda mengalaminya dalam tempoh bulan lepas, 2 hingga 3 bulan lepas, 4 hingga 12 bulan lepas atau tidak pernah mengalaminya.	Bulan lepas	2 hingga 3 bulan lepas	4 hingga 12 bulan lepas	Lebih setahun lepas	Tidak pernah
	4	3	2	1	0

SUDScr	3. **Bila kali terakhir** ….					
	a. anda menggunakan dadah setiap minggu atau lebih kerap?	4	3	2	1	0
	b. anda menghabiskan banyak masa untuk mendapatkan dadah, menggunakan dadah atau pulih daripada kesan dadah (seperti merasa sakit)?	4	3	2	1	0
	c. anda terus menggunakan dadah walaupun ia menyebabkan masalah sosial, pergaduhan atau menyebabkan anda menghadapi masalah dengan orang lain?	4	3	2	1	0
	d. penggunaan dadah menyebabkan anda melupakan atau mengurangkan penglibatan anda di dalam aktiviti di tempat kerja, sekolah, rumah atau majlis sosial?	4	3	2	1	0
	e. anda mengalami masalah pengunduran (*withdrawal*) daripada dadah seperti tangan bergetar, muntah, sukar berdiri tegak atau tidur, atau anda menggunakan dadah bagi menghentikan rasa sakit atau mengelak masalah pengunduran?	4	3	2	1	0

CVScr	4. **Bila kali terakhir** anda ….					
	a. berselisih faham yang menyebabkan anda menekan, menarik dan menolak seseorang?	4	3	2	1	0
	b. mengambil sesuatu daripada kedai tanpa membayar?	4	3	2	1	0
	c. menjual, mengedar atau membantu membuat dadah?	4	3	2	1	0
	d. memandu kenderaan semasa di bawah pengaruh dadah?	4	3	2	1	0
	e. dengan sengaja merosak atau memusnahkan harta benda yang bukan milik anda	4	3	2	1	0

©DMRJ

5. Adakah anda mempunyai masalah psikologi, tingkah laku atau peribadi **signifikan** lain yang anda perlukan rawatan atau bantuan?	**YA**	**TIDAK**

Jelaskan jika YA:

……..

……..

……..

……..

6. Jantina	**LELAKI**	**WANITA**

7. Bangsa/Keturunan: ……

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT
8. Pentadbiran *1 – Pegawai Pemulihan 2 – Pegawai Perubatan*
9. Nama pentadbir:
10. Rujukan:
11. Ulasan:

Saringan	**Item**	**Bulan lepas (4)**	**90 hari lepas (4,3)**	**Tahun lepas (4,3,2)**	**Pernah (4,3,2,1)**
IDScr	1a – 1f				
EDScr	2a – 2f				

SUDScr	3a – 3e				
CVScr	4a – 4e				
TDScr	1a – 4e				

©DMRJ

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

…….. ……..
Tandatangan Tarikh