|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| | | | | | | | | | | | | || | || | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Client ID# Today’s Date | Facility ID# | Zip Code Administration |

TCU DRUG SCREEN 5 – Suplemento de opioides

Si la respuesta a TCU Drug Screen 5, página 2, Q13e, Q13f o Q13r con respecto al uso de opioides es más que "Nunca", complete las siguientes preguntas.

# En los últimos 12 meses –

1. **¿Qué tipos de opioides has usado?**

a. Heroina ..........................................................................................................  *No*  *Si*

b. Oxicodona (Oxycontin, Percodan, Percocet) .............................................  *No*  *Si*

c. Hidrocodona (Vicodin, Lortab, Lorcet, Norco, Zohydro) ..........................  *No*  Si

d. Morfina (Kadian, Avinza, MS Contin) .....................................................  *No*  *Si*

e. Fentanilo (Duragesic, Fentora) .....................................................................  *No*  *Si*

f. Hidromorforma (Dilaudid, Exalgo) ........................................................... .  *No*  *Si*

g. Metadona (Dolophine) .................................................................................. *No*  *Si*

h. Oximorforma (Opana) ...................................................................................  *No*  *Si*

i. Codeina (Tylenol/cough syrup with codeine) ..............................................  *No*  *Si*

# ¿Cuántas veces inyectó un opioide?

* + *Nunca*  Algunas veces  *1-3 veces por mes*  *1-5 veces por semana*  *Diario*

# ¿Cuántas veces tomaste un opioide de otra manera (p. Ej., Píldoras molidas y lo olisqueaste, ¿te pusiste una película en la boca)?

* + *Nunca*  Algunas veces  *1-3 veces por mes*  *1-5 veces por semana*  *Diario*

# ¿Cuántas veces tomaste un opioide que te recetaron?

* + *Nunca*  Algunas veces  *1-3 veces por mes*  *1-5 veces por semana*  *Diario*

# ¿Cuántas veces tomó un opioide recetado a otra persona?

* + *Nunca*  Algunas veces  *1-3 veces por mes*  *1-5 veces por semana*  *Diario*

# ¿De quién obtuviste los opioides que tomaste?

a. Doctor en medicina/farmacia? .............................................................................  *No*  *Si*

b. Miembro de la familia? ...................................................................................  *No*  *Si*

c. Amigo (a)? ......................................................................................................  *No*  *Si*

d. Alguien mas (e.j., “de la calle”)? .............................................................  *No*  *Si*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| | | | | | | | | | | | | || | || | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Client ID# Today’s Date | Facility ID# | Zip Code Administration |

**7. ¿Has tomado opioides por razones médicas?** .....................................................  *No*  *Si\**

\* **En caso afirmativo**, describa brevemente los motivos:

**8. ¿Has tomado opioides por razones no médicas?**.............................................  *No*  *Si\**

\* **En caso afirmativo**, describa brevemente los motivos:

1. **¿Le ha recetado un médico medicamentos opioides para usted?**..............  *No*  *Si\**

**\*En caso afirmativo:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***a.*** ¿surtió la receta más reciente? .......................................... | * *No* | * *Si\** |
| **b.** ¿Tomó todos los medicamentos recetados?................................................ | * *No* | * *Si\** |
| **c.** ¿Le diste o vendiste alguno de tus medicamentos a otra persona?............... | * *No* | * *Si\** |

1. **¿Ha tomado otros medicamentos o drogas ilegales por razones médicas (por ejemplo, para tratar el dolor)?**

\* **En caso afirmativo** indique:

* *No*  *Si\**

Droga/medicacion: Razones para tomar: Droga/medicacion: Razones para tomar: Droga/medicacion: Razones para tomar:

1. **¿Usted o alguien cercano a usted (por ejemplo, familia, amigo) tiene acceso a naloxona (Narcan) para revertir una sobredosis?** ........................................................  *No*  *Si*

# ¿Cuántas veces has tomado una sobredosis alguna vez después de tomar opioides?

* + *Nunca*  *Una vez*  *Dos veces*  *Tres veces*  *4 o más veces*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| | | | | | | | | | | | | || | || | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Client ID# Today’s Date | Facility ID# | Zip Code Administration |

# En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tomado una sobredosis después de tomar opioides?

* + *Nunca*  *Una vez\**  *Dos veces\**  *Tres veces\**  *Cuatro o más veces\**

# \* SI MÁS DE “NUNCA”, en los últimos 12 meses:

1. **¿Qué tipos de opioides usaste?**

1. Heroina .....................................................................................................  *No*  *Si*

2. Oxicodona (Oxycontin, Percodan, Percocet) .........................................  *No*  *Si*

3. Hidrocodona (Vicodin, Lortab, Lorcet, Norco, Zohydro) .....................  *No*  *Si* 4. Morfina (Kadian, Avinza, MS Contin) ................................................  *No*  *Si* 5. Fentanilo (Duragesic, Fentora) ................................................................  *No*  *Si* 6. Hidromorforma (Dilaudid, Exalgo) .......................................................  *No*  *Si* 7. Metadona (Dolophine) ..........................................................................  *No*  *Si*

8. Oximorforma (Opana) ...........................................................................  *No*  Si

9. Codeina (Tylenol/jarabe para la tos con codeina) .................................... *No*  *Si*

# ¿Cuántas veces fue al hospital o a la sala de emergencias debido a una sobredosis de opioides?

* + *Nunca*  *Una vez*  *Dos veces*  *Tres veces*  *cuatro o más veces*

# ¿Cuántas veces le dieron naloxona (Narcan) debido a una sobredosis?

* + *Nunca*  *Una vez*  *Dos veces*  *Tres veces*  *cuatro o más veces*

# ¿Recibió algún tratamiento de seguimiento después del más reciente sobredosis?

..............................................................................................................  *No*  *Si*

# ¿Ha recibido tratamiento asistido por medicamentos (MAT) en los últimos 12 meses?

**...................................................................................................**  ***No***  ***Si***

1. **¿Actualmente recibe tratamiento asistido por medicamentos (MAT)?** .............  *No*  *Si*

\***En caso afirmativo que tipo**?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a. Metadona (Dolophine or Methadone) ................................................... | * *No* | * *Si* |
| b. Buprenorphine (Subutex, Suboxone) ...................................................... | * *No* | * *Si* |
| c. Naltrexona oral (Depade, Revia) ............................................................ | * *No* | * *Si* |
| d. Depot naltrexona (Vivitrol) ...................................................................... | * *No* | * *Si* |
| e. Otro, especficar: ............... | * *No* | * *Si* |

1. **¿Has obtenido alguno de estos medicamentos sin receta?** .............  *No*  *Si*
2. **¿Ha tomado más de estos medicamentos que los recetados?**..................  *No*  *Si*