

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 0;">Client ID#</p>									<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 0;">Today's Date</p>							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 0;">Facility ID#</p>							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 0;">Zip Code</p>							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 0;">Administration</p>					

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. Heroína *No* *Si*
- b. Oxiconona (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*

2. ¿Cuántas veces inyectó un opioide?

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

3. ¿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*

4. ¿Cuántas veces tomaste un opioide que te recetaron?

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

5. ¿Cuántas veces tomó un opioide recetado a otra persona?

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

6. ¿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*

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:

9. ¿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*

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

No Si*

* En caso afirmativo indique:

Droga/medicacion: _____ Razones para tomar: _____

Droga/medicacion: _____ Razones para tomar: _____

Droga/medicacion: _____ Razones para tomar: _____

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

12. ¿Cuántas veces has tomado **una sobredosis** alguna vez después de tomar opioides?

Nunca Una vez Dos veces Tres veces 4 o más veces

13. 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:**

a. ¿Qué tipos de opioides usaste?

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Heroína | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| 2. Oxiconona (Oxycontin, Percodan, Percocet) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| 3. Hidrocodona (Vicodin, Lortab, Lorcet, Norco, Zohydro) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| 4. Morfina (Kadian, Avinza, MS Contin) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| 5. Fentanilo (Duragesic, Fentora) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| 6. Hidromorforma (Dilaudid, Exalgo) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| 7. Metadona (Dolophine) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| 8. Oximorforma (Opana) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| 9. Codeína (Tylenol/jarabe para la tos con codeína) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |

b. ¿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*

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

- Nunca* *Una vez* *Dos veces* *Tres veces* *cuatro o más veces*

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

- *No* *Si*

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

- *No* *Si*

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

***En caso afirmativo que tipo?**

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| a. Metadona (Dolophine or Methadone) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| b. Buprenorphine (Subutex, Suboxone) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| c. Naltrexona oral (Depade, Revia) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| d. Depot naltrexona (Vivitrol) | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |
| e. Otro, especficar:_____ | <input type="radio"/> <i>No</i> | <input type="radio"/> <i>Si</i> |

16. ¿Has obtenido alguno de estos medicamentos sin receta? *No* *Si*

17. ¿Ha tomado más de estos medicamentos que los recetados? *No* *Si*