

Nome: _____ Data: _____ Entrevistador: _____

Escala SDS

Nos últimos 3 meses:

1. Você acha que o seu uso de maconha está fora de controle?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NUNCA / QUASE NUNCA | 0 |
| <input type="checkbox"/> AS VEZES | 1 |
| <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE | 2 |
| <input type="checkbox"/> SEMPRE OU QUASE SEMPRE | 3 |

2. A idéia de não ter maconha o deixa ansioso ou preocupado?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NUNCA / QUASE NUNCA | 0 |
| <input type="checkbox"/> AS VEZES | 1 |
| <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE | 2 |
| <input type="checkbox"/> SEMPRE OU QUASE SEMPRE | 3 |

3. Você se preocupa com o seu uso de maconha?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NUNCA / QUASE NUNCA | 0 |
| <input type="checkbox"/> AS VEZES | 1 |
| <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE | 2 |
| <input type="checkbox"/> SEMPRE OU QUASE SEMPRE | 3 |

4. Você gostaria de parar?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NUNCA / QUASE NUNCA | 0 |
| <input type="checkbox"/> AS VEZES | 1 |
| <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE | 2 |
| <input type="checkbox"/> SEMPRE OU QUASE SEMPRE | 3 |

5. Quão difícil você acha ficar sem maconha?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NADA DIFÍCIL | 0 |
| <input type="checkbox"/> UM POUCO DIFÍCIL | 1 |
| <input type="checkbox"/> MUITO DIFÍCIL | 2 |
| <input type="checkbox"/> IMPOSSÍVEL | 3 |

6. Que idade experimentou maconha pela primeira vez? _____ anos

ESCORE SDS: _____/15