**PHỤ LỤC SỐ 06**

PHIẾU THEO DÕI ĐỂ XÁC ĐỊNH TRẠNG THÁI CAI CẦN SA
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 18/2021/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| BỘ/SỞ ....................................Tên cơ sở: .................................... | **PHIẾU THEO DÕIđể xác định trạng thái cai cần sa** |

**I. Thông tin cá nhân**

1. Họ và tên: ............................................................................................................

2. Ngày, tháng, năm sinh: …/…/…… 3. Giới tính: □ Nam             □ Nữ

**II. Kết quả theo dõi để xác định trạng thái cai cần sa**

**Xác định có trạng thái cai khi có các dấu hiệu sau:**

1. Có bằng chứng về việc mới ngừng hoặc giảm sử dụng cần sa sau khi đã sử dụng cần sa lặp đi lặp lại trong thời gian dài: □ Có     □ Không

2. Có ít nhất 03 trong số 07 triệu chứng cai trong bảng dưới đây xuất hiện trong vòng 05 ngày sau dấu hiệu 1 trên đây □ Có             □ Không

3. Các triệu chứng cai này không thể quy cho một bệnh nội khoa không liên quan đến việc sử dụng cần sa, và không thể quy cho một rối loạn tâm thần hoặc một rối loạn hành vi khác: □ Có     □ Không

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Các triệu chứng của trạng thái cai***(Viết chữ có, hoặc không vào các ô tương ứng)* | **Ngày 1** | **Ngày 2** | **Ngày 3** | **Ngày 4** | **Ngày 5** |
| 1 | Kích thích, giận dữ hoặc gây hấn |   |   |   |   |   |
| 2 | Căng thẳng hoặc lo âu |   |   |   |   |   |
| 3 | Rối loạn giấc ngủ (mất ngủ hoặc ác mộng) |   |   |   |   |   |
| 4 | Chán ăn hoặc giảm cân |   |   |   |   |   |
| 5 | Đứng ngồi không yên |   |   |   |   |   |
| 6 | Giảm khí sắc |   |   |   |   |   |
| 7 | Có ít nhất 01 trong các triệu chứng sau: đau bụng, run rẩy, vã mồ hôi, sốt, ớn lạnh, đau đầu |   |   |   |   |   |

***Ghi chú:****Thời gian theo dõi để xác định trạng thái cai cần sa: tối đa là 05 ngày.*

**III. Kết luận trạng thái cai cần sa:**

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ngày .... tháng .... năm .........***Bác sỹ** *Họ và tên ....................................* |