

# Bản Tự Kiểm Điểm của MFIP

Tài liệu này có sẵn dưới dạng khác cho những người tàn tật bằng cách liên lạc với nhân viên quận của quý vị. Đối với những người sử dụng TTY/TDD, xin liên lạc với nhân viên quận của quý vị qua dịch vụ Chuyển tiếp Minnesota (Minnesota Relay) tại số 711 hoặc (800) 627-3529. Đối với dịch vụ Chuyển tiếp Tiếng nói sang Tiếng nói (Speech-to-Speech Relay), xin gọi số (877) 627-3848.

**Chỉ dẫn:** Có những người đôi khi gặp các vấn đề làm cho họ không thể làm được những gì họ muốn. Chúng tôi muốn hỏi quý vị một số câu hỏi để xem quý vị có bị các vấn đề này không. Xin nghĩ đến chuyện xảy ra trong vòng 30 ngày qua mà thôi.

Trong vòng 30 ngày qua, quý vị có . . .	Xin khoanh tròn	
1. Bị khó ngủ hay không ngủ thẳng giấc không?	Có <sub>1</sub>	Không
2. Bị quá mệt hay rã rời đến mức độ không làm xong được việc gì không?	Có <sub>1</sub>	Không
3. Không làm được công việc mình thường làm vì uống rượu hay dùng dược phẩm/ma túy không?	Có <sub>3</sub>	Không
4. Cảm thấy buồn hay chán nản luôn luôn hay hầu như mọi lúc?	Có <sub>1</sub>	Không
5. Cảm thấy hối hận hay ăn năn sau khi uống rượu hay dùng dược phẩm/ma túy không?	Có <sub>3</sub>	Không
6. Cảm thấy rất bồn chồn hay rất căng thẳng không?	Có <sub>1</sub>	Không
7. Dùng rượu và các loại dược phẩm/ma túy khác để đương đầu với sự căng thẳng?	Có <sub>3</sub>	Không
8. Gặp khó khăn suy nghĩ, tập trung, hay lấy quyết định?	Có <sub>1</sub>	Không
9. Được một người nào đó cho quý vị biết những gì quý vị nói hoặc làm khi trong khi uống rượu hay dùng dược phẩm/ma túy, nhưng lại không nhớ?	Có <sub>3</sub>	Không
10. Những suy nghĩ làm quý vị khó chịu mà không thể dứt bỏ được?	Có <sub>1</sub>	Không
11. Nghe tiếng nói trong đầu?	Có <sub>3</sub>	Không
12. Bị ác mộng hay hồi tưởng chuyện đã xảy ra?	Có <sub>2</sub>	Không
13. Trở nên giận dữ mà không kiểm chế được?	Có <sub>2</sub>	Không
14. Những lúc thật lo sợ khi bị chóng mặt, đổ mồ hôi, run rẩy và cảm thấy như mình không thể kiểm chế được?	Có <sub>2</sub>	Không
15. Ý nghĩ về cách tự hại mình hay một người khác?	Có <sub>2</sub>	Không
16. Cố ý tự hại mình hay một người khác?	Có <sub>3</sub>	Không

**Counselor:** Please fill in participant name and complete counselor information.

PARTICIPANT NAME	MAXIS CASE NUMBER
COUNSELOR NAME	COUNSELOR PHONE
AGENCY	DATE COMPLETED