

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

## Escala SDS

**Nos últimos 3 meses:**

1. Você acha que o seu uso de cocaína 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 cocaína 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 cocaína?

- |   |   |
|---|---|
| <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 cocaína?

- |   |   |
|---|---|
| <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 cocaína pela primeira vez? \_\_\_\_\_ anos

ESCORE SDS: \_\_\_\_\_/15