

NIDA Clinical Trials Network

The Tobacco, Alcohol, Prescription Medications, and other Substance (TAPS) Tool

TAPS Tool Part 1

Web version: 2.0; 4.00; 09-19-17

General instructions:

The TAPS Tool Part 1 is a four-item screening for tobacco use, alcohol use, prescription medication misuse, and illicit substance use in the past year. Question 2 should be answered only by males and Question 3 should be answered only by females. Each of the four multiple-choice items has five possible responses to choose from.

Mark the box to select your answer.

Segment:

Visit number:

1. In the past 12 months, how often have you used any tobacco product (for example, cigarettes, e- cigarettes, cigars, pipes, or smokeless tobacco)?
 Daily or almost daily Weekly Monthly
 Less than monthly Never
2. In the past 12 months, how often have you had five or more drinks containing alcohol in one day? One standard drink is about one small glass of wine (5 oz.), one beer (12 oz.), or one single shot of liquor. (Note: This question should only be answered by males).
 Daily or almost daily Weekly Monthly
 Less than monthly Never
3. In the past 12 months, how often have you had four or more drinks containing alcohol in one day? One standard drink is about 1 small glass of wine (5 oz.), one beer (12 oz.), or one single shot of liquor. (Note: This question should only be answered by females).
 Daily or almost daily Weekly Monthly
 Less than monthly Never
4. In the past 12 months, how often have you used any drugs including marijuana, cocaine or crack, heroin, methamphetamine (crystal meth), hallucinogens, ecstasy/MDMA?
 Daily or almost daily Weekly Monthly
 Less than monthly Never
5. In the past 12 months, how often have you used any prescription medications just for the feeling, more than prescribed or that were not prescribed for you? Prescription medications that may be used this way include opiate pain relievers (for example, OxyContin, Vicodin, Percocet, Methadone), medications for anxiety or sleeping (for example, Xanax, Ativan, Klonopin), and medications for ADHD (for example, Adderall or Ritalin).
 Daily or almost daily Weekly Monthly
 Less than monthly Never

NIDA Clinical Trials Network

The Tobacco, Alcohol, Prescription Medications, and other Substance (TAPS) Tool

TAPS Tool Part 2

Web version: 2.0; 4.00; 09-19-17

General instructions:

The TAPS Tool Part 2 is a brief assessment for tobacco, alcohol, and illicit substance use and prescription medication misuse in the **past three months only**. Each of the following questions and subquestions has two possible answer choices: either yes or no. Check the box to select your answer.

1. In the past three months, did you smoke a cigarette containing tobacco? Yes No
If Yes, answer the following questions:
 - a. In the past three months, did you usually smoke more than 10 cigarettes each day? Yes No
 - b. In the past three months, did you usually smoke within 30 minutes after waking? Yes No

2. In the past three months, did you have a drink containing alcohol? Yes No
If Yes, answer the following questions:
 - a. In the past three months, did you have four or more drinks containing alcohol in a day?*(Note: This question should only be answered by females). Yes No
 - b. In the past three months did you have five or more drinks containing alcohol in a day?*(Note: This question should only be answered by males). Yes No

*One standard drink is about one small glass of wine (5 oz.), one beer (12 oz.), or one single shot of liquor.

 - c. In the past three months, have you tried and failed to control, cut down, or stop drinking? Yes No
 - d. In the past three months, has anyone expressed concern about your drinking? Yes No

3. In the past three months, did you use marijuana (hash, weed)? Yes No
If Yes, answer the following questions:
 - a. In the past three months have you had a strong desire or urge to use marijuana at least once a week or more often? Yes No
 - b. In the past three months, has anyone expressed concern about your use of marijuana?
 Yes No

4. In the past three months did you use cocaine, crack, or methamphetamine (crystal meth)?
 Yes No
If Yes, answer the following questions:
 - a. In the past three months, did you use cocaine, crack, or methamphetamine (crystal meth) at least once a week or more often? Yes No
 - b. In the past three months, has anyone expressed concern about your use of cocaine, crack, or methamphetamine (crystal meth)? Yes No

5. In the past three months, did you use heroin? Yes No
6. If Yes, answer the following questions:
 - a. In the past three months, have you tried and failed to control, cut down or stop using heroin?
 Yes No

b. In the past three months, has anyone expressed concern about your use of heroin? Yes No

7. In the past three months, did you use a prescription opiate pain reliever (for example, Percocet, Vicodin) not as prescribed or that was not prescribed for you? Yes No

If Yes, answer the following questions:

a. In the past three months, have you tried and failed to control, cut down or stop using an opiate pain reliever? Yes No

b. In the past three months, has anyone expressed concern about your use of an opiate pain reliever? Yes No

8. In the past three months, did you use a medication for anxiety or sleep (for example, Xanax, Ativan, or Klonopin) not as prescribed or that was not prescribed for you? Yes No

If Yes, answer the following questions:

a. In the past three months, have you had a strong desire or urge to use medications for anxiety or sleep at least once a week or more often? Yes No

b. In the past three months, has anyone expressed concern about your use of medication for anxiety or sleep? Yes No

9. In the past three months, did you use a medication for ADHD (for example, Adderall, Ritalin) not as prescribed or that was not prescribed for you? Yes No

If Yes, answer the following questions:

a. In the past three months, did you use a medication for ADHD (for example, Adderall, Ritalin) at least once a week or more often? Yes No

b. In the past three months, has anyone expressed concern about your use of a medication for ADHD (for example, Adderall or Ritalin)? Yes No

10. In the past three months, did you use any other illegal or recreational drug (for example, ecstasy/molly, GHB, poppers, LSD, mushrooms, special K, bath salts, synthetic marijuana ('spice'), whip-its, etc.)? Yes No

If Yes, answer the following question:

a. In the past three months, what were the other drug(s) you used?

Comments:

NIDA CTN

Herramienta TAPS en español

Herramienta TAPS parte 1

Instrucciones generales:

La herramienta TAPS parte 1 es una prueba de 4 preguntas del uso de tabaco, consumo de alcohol, uso indebido de medicamentos recetados y uso de sustancias ilícitas durante el último año. La pregunta 2 sólo debe ser contestada por hombres y la 3 solo por mujeres. Cada una de las cuatro preguntas de opción múltiple tiene cinco respuestas posibles de las cuales debe elegir una. Marque la casilla para seleccionar su respuesta.

Segmento:

Número de visita:

1. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha utilizado algún producto de tabaco (por ejemplo, cigarrillos, cigarrillos electrónicos, puros, pipas o tabaco sin humo)?
 Diario o casi diario Semanal Mensual
 Menos de una vez al mes Nunca
2. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido 5 o más bebidas que contengan alcohol en un día? Una bebida estándar es aproximadamente 1 vaso pequeño de vino (5 onzas), 1 cerveza (12 oz), o un caballito (“shot” o “trago”) de licor. (Nota: esta pregunta sólo debe ser contestada por hombres).
 Diario o casi diario Semanal Mensual
 Menos de una vez al mes Nunca
3. Diario o casi diario Semanal Mensual
4. Menos de una vez al mes Nunca
5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido 4 o más bebidas que contengan alcohol en un día? Una bebida estándar es aproximadamente 1 vaso pequeño de vino (5 onzas), 1 cerveza (12 oz), o 1 caballito de licor. (Nota: esta pregunta sólo debe ser contestada por mujeres).
 Diario o casi diario Semanal Mensual
 Menos de una vez al mes Nunca
6. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha utilizado drogas, como marihuana, cocaína o crack, heroína, metanfetamina (crystal meth), alucinógenos, Éxtasis/MDMA?
 Diario o casi diario Semanal Mensual
 Menos de una vez al mes Nunca
7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha utilizado medicamentos recetados sólo para sentir el efecto, más de lo prescrito o que no fueron prescritos para usted? Medicamentos recetados que pueden ser utilizados de esta manera incluyen: analgésicos opiáceos (por ejemplo, OxyContin, Vicodin, Percocet, Methadone), medicamentos para la ansiedad o el sueño (por ejemplo, Xanax, Ativan, Klonopin), medicamentos para el ADHD (por ejemplo, Adderall o Ritalin).
 Diario o casi diario Semanal Mensual
 Menos de una vez al mes Nunca

NIDA CTN Herramienta TAPS en español

Herramienta TAPS parte 2

Instrucciones generales:

La herramienta TAPS parte 2 es una breve evaluación del consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas y del uso indebido de medicamentos recetados en los últimos 3 meses solamente. Cada una de las siguientes preguntas y sub-preguntas tienen dos opciones disponibles- sí o no. Marque la casilla para seleccionar su respuesta.

1. En los últimos 3 meses, ¿fumaste un cigarrillo que contenía tabaco? Sí No
Si "sí", responda las siguientes preguntas:
 - a. En los últimos 3 meses, ¿fumó por lo general más de 10 cigarrillos cada día? Sí No
2. En los últimos 3 meses, ¿fumó generalmente en los primeros 30 minutos después de despertarse?
 Sí No
3. En los últimos 3 meses, ¿tuvo una bebida que contenía alcohol? Sí No
Si "sí", responda las siguientes preguntas:
 - a. En los últimos 3 meses, ¿Tomó 4 o más bebidas que contenían alcohol en un día? * (Nota: Esta pregunta sólo debe ser respondida por las mujeres). Sí No
 - b. En los últimos 3 meses, ¿Tomó 5 o más bebidas que contenían alcohol en un día? * (Nota: Esta pregunta sólo debe ser contestada por los hombres). Sí No
Sí * una bebida estándar es aproximadamente 1 vaso pequeño de vino (5 onzas), 1 cerveza (12 oz), o 1 caballito de licor.
 - c. En los últimos 3 meses, ¿ha intentado y no ha podido controlar, reducir o detener su uso de alcohol?
 Sí No
 - d. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación por su consumo de alcohol? Sí No
4. En los últimos 3 meses, ¿uso marihuana (hash, weed)? Sí No
Si "sí", responda las siguientes preguntas:
 - a. En los últimos 3 meses, ¿Ha tenido un fuerte deseo o impulso de usar marihuana al menos una vez por semana o más a menudo? Sí No
 - b. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación por su uso de la marihuana? Sí No
5. En los últimos 3 meses, ¿usó cocaína, crack, o metanfetamina (cristal meth)? Sí No
Si "sí", responda las siguientes preguntas:
 - a. En los últimos 3 meses, ¿ha utilizado cocaína, crack, o metanfetamina (cristal meth) por lo menos una vez por semana o más a menudo? Sí No
 - b. En los últimos 3 meses, alguien ha expresado preocupación por su uso de cocaína, crack, o metanfetamina (cristal meth)? Sí No
6. En los últimos 3 meses, ¿usó heroína? Sí No Si "sí", responda las siguientes preguntas:
 - a. En los últimos 3 meses, ¿ha intentado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar heroína?
 Sí No

b. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación por su uso de la heroína? Sí No

7. En los últimos 3 meses, ¿ha utilizado un analgésico opiáceo prescrito (por ejemplo, Percocet, Vicodina), de una manera que no fue prescrita o un analgésico opiáceo que no le prescribieron? Sí No
Si "sí", responda las siguientes preguntas:

a. En los últimos 3 meses, ¿ha intentado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar un analgésico opiáceo? Sí No

b. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado su preocupación acerca de su uso de un analgésico opiáceo? Sí No

8. En los últimos 3 meses, ¿ha utilizado un medicamento para la ansiedad o el sueño (por ejemplo, Xanax, Ativan, o Klonopin) de una manera que no fue prescrita o un medicamento para la ansiedad o el sueño que no le prescribieron? Sí No

Si "sí", responda las siguientes preguntas:

a. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido un fuerte deseo o impulso de usar medicamentos para la ansiedad o el sueño por lo menos una vez por semana o más a menudo? Sí No

b. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación por su uso de medicamentos para ansiedad o el sueño? Sí No

9. En los últimos 3 meses, ¿ha utilizado un medicamento para el ADHD (por ejemplo, Adderall, Ritalin) de una manera que no fue prescrita o un medicamento para el ADHD que no le prescribieron? Sí No

Si "sí", responda las siguientes preguntas:

a. En los últimos 3 meses, ¿ha utilizado un medicamento para el ADHD (por ejemplo, Adderall, Ritalin) por lo menos una vez por semana o más a menudo? Sí No

b. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación por su uso de un medicamento para el ADHD (por ejemplo, Adderall o Ritalin)? Sí No

10. En los últimos 3 meses, ¿ha utilizado alguna otra droga ilegal o recreativa (por ejemplo, el éxtasis/Molly, GHB, Poppers, LSD, mushrooms, special K, sales de baño, marihuana sintética ('Spice '), whip-its, etc.)? Sí No

Si "sí", responda las siguientes preguntas:

a. En los últimos 3 meses, ¿cuáles fueron las otras drogas que utilizó?

Comentarios: