

## مرکز درمان سوء مصرف مواد

### فرم رضایت نامه آگاهانه

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... که از تاریخ ..... به علت اختلال مصرف مواد در مرکز درمانی ..... تحت درمان قرار گرفته ام، بدینوسیله اعلام میدارم که اطلاعات لازم درباره درمان نگهدارنده با متادون و سایر گزینه های درمانی ممکن به من داده شده و موارد زیر مورد تأیید من قرار دارد:

۱- رضایت آگاهانه خود را برای دریافت برنامه درمان نگهدارنده با متادون ارائه شده توسط مرکز درمانی و کارکنان درمانی آن برای درمان اختلال مصرف مواد افیونی خود اعلام مینمایم. مداخلات درمان برنامه ریزی شده برای من توضیح داده شده است و من مطلع شدم که درمان من در چارچوب مقررات و آیین نامه های درمان اختلالات مصرف مواد ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت میگیرد.

۲- برای من توضیح داده شد که درمان نگهدارنده با متادون ممکن است همچون درمانهای دارویی دیگر در صورتی که مطابق تجویز پزشک مصرف نشود آسیب رسان باشد. عوارض جانبی محتمل و خطرات و منافع سایر درمانهای دارویی برای من توضیح داده شد.

۳- من مطلع شدم که لازم است جزئیات درمان خود را به پزشکانی که به دلیل سایر مسایل طبیی مرا مورد درمان قرار می دهند اطلاع دهم به این صورت درمانگر من با آگاهی از داروهایی که مصرف میکنم، می تواند بهترین مراقبت ممکن را عرضه نماید و از تجویز داروهایی که با درمان دارویی من تداخل داشته یا سیر بهبودی مرا متأثر می کند اجتناب نماید.

۴- خطرات و عوارض مصرف مواد و سایر داروها هنگامی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستم برای من توضیح داده شد.

۵- اثر درمان نگهدارنده با متادون بر روی توانایی رانندگی و کار با ماشین آلات برای من توضیح داده شد.

۶- من مطلع شدم که میتوانم هر زمان که اراده نمایم به صورت داوطلبانه از این برنامه درمانی خارج شوم و مصرف داروهای تجویز شده را قطع نمایم. در صورتی که این گزینه را انتخاب نمایم، داروی من تحت نظارت طبیی متناسب قطع خواهد شد.

۷- برای بیماران مؤنث در سنین باروری: مطلع شدم که اگر در حال حاضر باردارم، در طول درمان با این دارو باردار شدم یا در حال شیردهی هستم، باید موضوع را به درمانگر خود اطلاع دهم تا مراقبت و ارجاع متناسب برای من قابل انجام باشد.

۸- از قوانین و مقررات درمان اختلال مصرف مواد خود به شرح ذیل مطلع شدم و خود را متعهد به رعایت آنها میدانم.

**الف** تصمیم گیری در خصوص روش درمان و نحوه مصرف دارو، به صورت مشترک توسط اینجانب و اعضای گروه درمانی مرکز (شامل روانپزشک، پزشک، روانشناس، پرستار و سایر کارکنان درمانی درمانگاه) گرفته میشود و پیروی از هرگونه توصیه و پیشنهادی که توسط بیماران (به غیر اعضای گروه خودیاری) یا سایر افراد ارایه شود، غیرمجاز و خطرناک خواهد بود.

ب مراجعه به مرکز درمانی جهت دریافت خدمات عرضه شده مستلزم رعایت انضباط، نظم و ترتیب بوده و همه افراد موظف به رعایت آن خواهند بود.

پ رعایت بهداشت و پاکیزگی مرکز درمانی الزامیست و هرگونه رفتار مغایر آن نظیر انداختن آب دهان، ته سیگار، لیوان مصرف شده و همچنین استعمال سیگار در فضای آن ممنوع است.

ت هرگونه درگیری کلامی و فیزیکی با کارکنان مرکز یا سایر بیماران و حمل سلاحهای سرد ممنوع است و با متخلفان برابر قوانین برخورد خواهد شد.

ث خرید و فروش متادون، بوپرنورفین یا هر نوع دارو، هرگونه مواد مخدر، هر نوع ماده شیمیایی یا اجناس دیگر در مرکز درمانی و محوطه اطراف آن غیرقانونی است و فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

ج ایجاد هرگونه مزاحمت برای کارکنان مرکز، بیماران و خانواده ها یا همراهان غیرمجاز بوده و با متخلف برابر مقررات مرکز و قوانین برخورد خواهد شد.

چ هرگونه شکایت یا اعتراض نسبت به نحوه درمان یا طرز رفتار کارکنان مرکز یا سایر بیماران می بایست کتباً به مسئول فنی مرکز ارائه گردد. قطعاً مرکز موظف است به این شکایات رسیدگی، و نتیجه را به بیمار منعکس نماید.

ح ارائه هرگونه اطلاعات غلط، ابهام انگیز، ارائه توصیه درمانی، تجویز دارو، پیشنهاد مصرف دارو یا دادن دارو به بیماران، خانواده های بیماران یا سایر مراجعان مرکز درمانی به هیچ وجه جایز نبوده و به دلیل بوجود آمدن خطرات جسمی روانی و حتی جانی، فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگیری قانونی قرار خواهد گرفت.

نام و امضاء بیمار

نام و امضاء همراه بیمار

مرکز درمان سوء مصرف مواد

برگه پذیرش

محل الصاق عکس

نوع درمان:

شماره پرونده:

--	--	--	--	--	--

تاریخ پذیرش:

نام مصاحبه گر:

شماره شناسنامه :	سابقه درمان: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دفعات درمان:	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/>	نام پدر:	نام خانوادگی:	نام :
مذهب:	تاریخ تولد: سن:	محل صدور:	کد ملی:	شماره سریال :	
شغل:			محل کار:	آدرس و تلفن :	
شرایط تماس:			همراه یا معرف بیمار :		
تاریخ وصل مجددها:			تاریخ قطع درمان ها:		
<p>تحصیلات: (تعداد سالهای تکمیل شده تحصیل).....</p> <p>* وضعیت تأهل:</p> <p>در حال حاضر متأهل هستم. <input type="checkbox"/></p> <p>متارکه کرده ام (ولی هنوز طلاق نگرفته ام و متأهل هستم). <input type="checkbox"/></p> <p>بیوه هستم (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده ام). <input type="checkbox"/></p> <p>طلاق گرفته ام (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده ام). <input type="checkbox"/></p> <p>هیچگاه ازدواج نکرده ام. <input type="checkbox"/></p> <p>* منبع ارجاع:</p> <p>خود بیمار یا خانواده <input type="checkbox"/></p> <p>مرکز درمان اعتیاد دیگر در اجتماع <input type="checkbox"/></p> <p>مرکز درمان اعتیاد دیگر در زندان <input type="checkbox"/></p> <p>مواقع قانونی (پلیس یا دادگاه) <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/> (مشخص کنید):.....</p>					

## مرکز درمان سوء مصرف مواد

### ۱- جدول تاریخچه مصرف مواد

ردیف	نام ماده	سن در اولین بار مصرف؟	تعداد سال های مصرف مستمر؟	تعداد روزهای مصرف در ماه قبل؟	کُد روش مصرف در ماه قبل؟ *تزریق در ۳۲ ماه گذشته؟	ملاحظات
۱	تنباکو					
۲	حشیش					
۳	مشروبات الکلی					
۴	تریاک و شیره					
۵	هروئین					
۶	کِرَاک هروئین					
۷	متادون غیرقانونی					
۸	بوپرنورفین غیرقانونی					
۹	مسکنهای افیونی تزریقی (نورجریک، تمجریک...)					
۱۰	داروهای افیونی خوراکی (کدئین، ترامادول، دیفنوکسیلات)					
۱۱	متآمفتامین (شیشه)					
۱۲	اکستیزی (قرص اکس)					
۱۳	کوکائین					
۱۴	داروهای آرامبخش و خواب آور					
۱۵	استروئیدهای آنابولیک					
۱۶	مواد توهمزا (LSD، قارچ و...)					
۱۷	مواد استنشاقی (چسب، تیرو...)					

\*کُد روش مصرف: خوراکی = ۱ / مشامی = ۲ / استنشاقی = ۳ / تدخین = ۴ / تزریق غیر وریدی = ۵ / تزریق وریدی = ۶

۲- ماده یا مواد اصلی مشکل آفرین از دید بیمار که باعث مراجعه درمانی شده، کدام است؟

(کُد یا کُد های مربوطه را از جدول بالا در این بخش درج نمایید) .....

۳- در ماه گذشته ارزش مواد مخدر مصرفی شما به طور متوسط **روزانه** چقدر بوده است؟ ..... تومان

۴- به طور متوسط چقدر از این هزینه را خود شما نقداً پرداخت کرده اید؟ ..... تومان

۵- **تا کنون** چند بار به خاطر بیش مصرفی (آوردوز) مواد به بیمارستان یا مرکز درمانی مراجعه کرده اید؟ ..... بار

### تاریخچه اقدامات پیشین درمان

۱- آیا در طول عمر خود اقدام به درمان برای وابستگی به مواد کرده اید؟ بله  خیر

۲- جدول تعداد دفعات اقدام به درمان به تفکیک نوع روش درمانی

ردیف	روش درمان	تعداد دفعات اقدام؟ (دوره)	طولانیترین دوره پرهیز از مصرف مواد غیرقانونی؟ (روز)
۱	درمان نگهدارنده با متادون		
۲	درمان نگهدارنده با بوپرنورفین		
۳	درمان با کمک تنتور آپيوم		
۴	درمان نگهدارنده با نالتراکسون		
۵	سمزدایی سرپایی تحت نظر پزشک (برای مثال با بوپرنورفین یا کلونیدین)		
۶	سمزدایی بدون نظارت درمانگران		
۷	سمزدایی بستری بدون بیهوشی		
۸	سمزدایی بستری تحت بیهوشی (LRCD)		
۹	بازتوانی اقامتی (TC)		
۱۰	درمان اقامتی (کمپ)		
۱۱	درمان در مراکز تأدیبی (زندان، مراکز اقامتی اجباری)		
۱۲	سایر، مشخص کنید .....		

۳- آیا در **ماه گذشته** تحت درمان بوده اید؟ بله  خیر

۴- اگر بله، کد آن را از جدول بالا انتخاب کنید؟ .....

## مرکز درمان سوء مصرف مواد

۵- در سال گذشته چند دوره در مراکز قانونی موجود در اجتماع تحت نظر درمانگران حرفه‌ای درمان گرفته اید؟ ..... دوره

۶- آیا تا کنون در جلسات NA شرکت کرده اید؟ بله  خیر

۷- اگر بله، مجموعاً چند ماه؟ ..... ماه

### سابقه رفتارهای پرخطر

۱- آیا در طول عمر خود سابقه تزریق مواد داشته اید؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخگویی

۲- اگر بله، سن شما در زمان اولین تزریق چند سال بود؟ ..... سال

۳- آیا در سال گذشته مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده اید؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخگویی

۴- در ماه گذشته، چند بار مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده اید؟ ..... بار

۵- در ماه گذشته چند بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد دیگری از آن استفاده کرده بود، (سرنگ، سوزن،

پنبه، فیلتر، ملاقه، آب) تزریق داشته اید؟ ..... بار

۶- آیا تا کنون با کسی رابطه جنسی داشته اید؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخگویی

۷- اگر بله، در ماه گذشته، چند بار رابطه جنسی داشتید؟ ..... بار

۸- چند بار آن با کاندوم بوده است؟ ..... بار

۹- در ماه گذشته، چند بار با فردی غیر از همسر خود رابطه جنسی داشته اید؟ ..... بار

۱۰- چند بار آن با کاندوم بوده است؟

۱۱- چند بار آن در ازای پول یا مواد بوده است؟ ..... بار

۱۲- تا کنون در طی عمر خود چند بار زندانی شده اید؟ ..... بار

۱۳- چند بار آن مرتبط با مواد بوده است؟ ..... بار

۱۴- چند بار آن غیرمرتبط با مواد بوده است؟ ..... بار

۱۵- در سال گذشته چند بار زندانی شده اید؟ ..... بار

۱۶- در ماه گذشته چند بار پرخاشگری فیزیکی (چه در داخل منزل چه در خارج آن) داشته اید؟ ..... بار

۱۷- چند بار آن منجر به مداخله پلیس شده است؟ ..... بار

۱۸- در طی عمر خود آیا اقدام به فروش مواد کرده اید؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخگویی

۱۹- در ماه گذشته چطور؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخگویی

## مرکز درمان سوء مصرف مواد

### وضعیت طبی و روان پزشکی

۱- آیا از بیماری مزمن طبی که نیازمند مداخله طبی باشد یا با زندگی معمول شما تداخل داشته باشد، رنج می برید؟

بله  مشخص کنید: ..... خیر

۲- آیا در حال حاضر داروی خاصی برای بیماریهای طبی خود مصرف می کنید؟

بله  مشخص کنید: ..... خیر

۳- آیا به دارویی حساسیت دارید؟ بله  مشخص کنید: ..... خیر

۴- آیا تا کنون آزمایش اچ آی وی انجام داده اید؟

بله و پاسخ آن منفی بوده است  بله و پاسخ آن مثبت بوده است

بله و پاسخ آن را نمی داند  خیر  عدم تمایل به پاسخگویی

۵- آیا تا کنون آزمایش اچ سی وی انجام داده اید؟

بله و پاسخ آن منفی بوده است  بله و پاسخ آن مثبت بوده است

بله و پاسخ آن را نمی داند  خیر  عدم تمایل به پاسخگویی

۶- جدول غربالگری مشکلات روان پزشکی

ردیف	سؤال	طول عمر؟	ماه گذشته؟	ملاحظات
۱	احساس افسردگی یا غمگینی جدی، ناامیدی، از دست دادن علائق، بی حوصلگی شدید در انجام امور روزانه داشته اید؟			
۲	اضطراب جدی، نگرانی بیش از حد یا بی قراری داشتید؟			
۳	حالات توهم داشته اید؟ یعنی چیزهایی را ببینید یا بشنوید که وجود خارجی ندارند؟			
۴	در کنترل رفتار پرخاشگرانه مشکل داشته اید؟ (حملات خشم یا خشونت)			
۵	اقدام به خودزنی داشته اید؟			
۶	افکار جدی خودکشی داشته اید؟			
۷	اقدام به خودکشی کرده اید؟			

۸- سابقه درمانهای روان پزشکی

ردیف	سؤال	طول عمر؟	ماه گذشته؟	ملاحظات
۱	سابقه درمان سرپایی برای مشکلات روان پزشکی؟			
۲	سابقه درمان بستری برای مشکلات روان پزشکی؟			

۸- آیا در حال حاضر داروی روان پزشکی خاصی مصرف می کنید؟

بله  مشخص کنید: ..... خیر

## مرکز درمان سوء مصرف مواد

### وضعیت خانوادگی و اجتماعی

- ۱- آیا شما مهارت شغلی خاصی دارید؟ بله  مشخص کنید .....: خیر
- ۲- آیا شما گواهینامه رانندگی معتبر دارید؟ بله  خیر  توضیحات.....:
- ۳- وضعیت شغلی شما در طی سه ماه اخیر چگونه بوده است؟
- شاغل تمام وقت (حداقل ۳ روز کار در هفته، روزی ۱ ساعت  ) شاغل پاره وقت منظم  شاغل پاره وقت نامنظم
- بازنشسته، ازکار افتاده یا مستمری بگیر  محصل، طلبه، دانشجو یا سرباز  خانه دار  دارای درآمد بدون کار  بیکار
- ۴- در ماه گذشته از هر یک منابع زیر چقدر درآمد داشته اید؟
- اشتغال یا درآمد ناشی از سرمایه گذاری؟ ..... تومان
- بازنشستگی یا بیمه ازکارافتادگی؟ ..... تومان
- کمک مؤسسه های خیریه (کمپته امداد، بهزیستی و ..... ) .....تومان
- کمک خانواده، بستگاه یا دوستان ..... تومان
- ۵- در ماه گذشته، چند روز کار در ازای مزد یا درآمد داشته اید؟ ..... روز
- ۶- در ماه گذشته، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفته اید؟ ..... روز
- ۷- در حال حاضر وضعیت سکونت شما چگونه است (بیشتر اوقات در ماه گذشته)؟
- زندگی در یک مکان مسکونی  زندگی در یک سرپناه (شلترا  )
- زندگی در فضای بیرون (بی سرپناه  ) سایر  مشخص کنید:
- ۸- در حال حاضر شما با چه کسی زندگی می کنید (بیشتر اوقات در ماه گذشته)؟
- با خانواده  با دوستان یا همکاران  تنها  سایر  مشخص کنید:
- ۹- در ماه گذشته، چند روز با اعضای خانواده زندگی کرده اید؟ ..... روز
- ۱۰- در ماه گذشته، چقدر با اعضای خانواده مشکل داشته اید؟
- اصلاً  اندکی  در حد متوسط  زیاد  بسیار زیاد
- ۱۱- آیا شما در حال حاضر با کسی زندگی میکنید که مواد مصرف می کند؟ بله  خیر
- ۱۲- در حال حاضر چقدر از حمایت عاطفی و روانی خانواده برخوردار هستید؟
- اصلاً  اندکی  در حد متوسط  زیاد  بسیار زیاد
- توضیحات تکمیلی درباره وضعیت خانوادگی و اجتماعی:

## مرکز درمان سوء مصرف مواد

### فرم مددکاری

نام و نام خانوادگی: ارجاع دهنده: تاریخ ارجاع: علت ارجاع:

نام مددکار:

#### الف) مشخصات مراجع

۱. مشخصات فردی (شغل، تحصیلات، درآمد، وضعیت بیمه، وضعیت مسکن، سابقه اعتیاد و اقدامات انجام شده برای درمان، انگیزه درمان و...)

۲. مشخصات خانواده و یا سایر افرادی که با مراجع در ارتباطند (نسبت فرد با مراجع، شغل، تحصیلات، درآمد، وضعیت ارتباطهای اجتماعی، میزان حمایت از مراجع در امر درمان و...)

۳. آدرس و شماره تماس مراجع:

#### ب) تاریخچه مشکل از دیدگاه مددکاری

۱. مشکلات خانوادگی (اختلاف با {همسر، والدین، خانواده}، متارکه، وجود فرد معتاد در خانواده و...)

۲. مشکلات اجتماعی و محیطی (بیکاری، فقر، وابستگی به والدین، محیط منطقه سکونت و...)

۳. مشکلات قانونی (سابقه بازداشت و زندان، رفتارهای ضداجتماعی و...)

#### ج) تشخیص نهایی از دیدگاه مددکار



## مرکز درمان سوء مصرف مواد

### فرم ارزیابی دوره‌های

۱- وضعیت تأهل در ماه گذشته: متأهل  متارکه  بیوه  مطلقه  هرگز ازدواج نکرده

۲- جدول تاریخچه مصرف مواد

ردیف	نام ماده	تعداد روزهای مصرف در ماه قبل؟	نوع روش مصرف در ماه قبل؟	ملاحظات	ردیف	نام ماده	تعداد روزهای مصرف در ماه قبل؟	نوع روش مصرف در ماه گذشته؟	ملاحظات
۱	تنباکو				۱۰	داروهای افیونی خوراکی (کدئین، ترامادول، دیفنوکسیلات)			
۲	حشیش				۱۱	متآمفتامین (شیشه)			
۳	مشروبات الکلی				۱۲	اکستیزی (قرص اکس)			
۴	تریاک و شیره				۱۳	کوکائین			
۵	هروئین				۱۴	داروهای آرامبخش و خواب آور			
۶	کِرَاک هروئین				۱۵	استروئیدهای آنابولیک			
۷	متادون غیرقانونی				۱۶	مواد توهمزا (LSD، قارچ و...)			
۸	بوپرنورفین غیرقانونی				۱۷	مواد استنشاقی (چسب، تینرو...)			
۹	مسکنهای افیونی تزریقی (نورجریک، تمجریک...)				*کد روش مصرف: خوراکی = ۱ / مشامی = ۲ / استنشاقی = ۳ / تدخین = ۴ / تزریق غیر وریدی = ۵ / تزریق وریدی = ۶				

۳- در ماه گذشته ارزش مواد مخدر مصرفی شما به طور متوسط روزانه چقدر بوده است؟ ..... تومان

۴- به طور متوسط چقدر از این هزینه را خود شما نقداً پرداخت کرده اید؟ ..... تومان

۵- در ماه گذشته، چند بار مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده اید؟ ..... بار

۶- در ماه گذشته چند بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد دیگری از آن استفاده کرده بود، (سرنگ، سوزن، پنبه، فیلتر، ملاقه، آب) تزریق داشته اید؟  
..... بار

۷- در ماه گذشته، چند بار رابطه جنسی داشتید؟ ..... بار

۸- چند بار آن با کاندوم بوده است؟ ..... بار

۹- در ماه گذشته، چند بار با فردی غیر از همسر خود رابطه جنسی داشته اید؟ ..... بار

۱۰- چند بار آن با کاندوم بوده است؟

۱۱- چند بار آن در ازای پول یا مواد بوده است؟ ..... بار

۱۲- در ماه گذشته چند بار پرخاشگری فیزیکی (چه در داخل منزل چه در خارج آن) داشته اید؟ ..... بار ۱۳- چند بار آن منجر به مداخله پلیس شده است؟ ..... بار

۱۳- در ماه گذشته آیا اقدام به فروش مواد کرده اید؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخگویی

## مرکز درمان سوء مصرف مواد

۱۴- جدول غربالگری مشکلات روان پزشکی

ردیف	سؤال	ماده گذشته؟	ملاحظات
۱	احساس افسردگی یا غمگینی جدی، ناامیدی، از دست دادن علائق، بی حوصلگی شدید در انجام امور روزانه داشته اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲	اضطراب جدی، نگرانی بیش از حد یا بی قراری داشتید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳	حالات توهم داشته اید؟ یعنی چیزهایی را ببینید یا بشنوید که وجود خارجی ندارند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴	در کنترل رفتار پرخاشگرانه مشکل داشته اید؟ (حملات خشم یا خشونت)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵	اقدام به خودزنی داشته اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶	افکار جدی خودکشی داشته اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷	اقدام به خودکشی کرده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

۱۵- وضعیت شغلی شما در طی سه ماه گذشته چگونه بوده است؟

شاغل تمام وقت (حداقل ۳ روز کار در هفته، روزی ۱ ساعت)  شاغل پاره وقت منظم  شاغل پاره وقت نامنظم   
 بازنشسته، از کار افتاده یا مستمری بگیر  محصل، طلبه، دانشجوی یا سرباز  خانه دار  دارای درآمد بدون کار  بیکار

۱۶- در ماه گذشته از هر یک منابع زیر چقدر درآمد داشته اید؟

اشتغال یا درآمد ناشی از سرمایه گذاری؟..... تومان

بازنشستگی یا بیمه از کارآفتادگی؟..... تومان

کمک مؤسسه های خیریه (کمیته امداد، بهزیستی و ..... ) ...تومان

کمک خانواده، بستگاه یا دوستان ..... تومان

۱۷- در ماه گذشته، چند روز کار در ازای مزد یا درآمد داشته اید؟ ..... روز

۱۸- در ماه گذشته، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفته اید؟ ..... روز

۱۹- در حال حاضر وضعیت سکونت شما چگونه است (بیشتر اوقات در ماه گذشته)؟

زندگی در یک مکان مسکونی  زندگی در یک سرپناه (شلترا )

زندگی در فضای بیرون (بی سرپناه  سایر  مشخص کنید:

۲۰- در حال حاضر شما با چه کسی زندگی می کنید (بیشتر اوقات در ماه گذشته)؟

با خانواده  با دوستان یا همکاران  تنها  سایر  مشخص کنید:

۲۱- در ماه گذشته، چند روز با اعضای خانواده زندگی کرده اید؟ ..... روز

۲۲- در ماه گذشته، چقدر با اعضای خانواده مشکل داشته اید؟

اصلاً  اندکی  در حد متوسط  زیاد  بسیار زیاد

۲۳- در حال حاضر چقدر از حمایت عاطفی و روانی خانواده برخوردار هستید؟

اصلاً  اندکی  در حد متوسط  زیاد  بسیار زیاد



## مرکز درمان سوء مصرف مواد

### فرم معاینه مثبت گزارش پزشکی

نام و نام خانوادگی بیمار .....

شرح حال مختصر بیمار:

معیارهای ورود به درمان:

- 1- مصرف تزریقی (1 بار تزریق طی 1 ماه قبل)
- 2- بیمار HIV+
- 3- مصرف هرئین
- 4- سابقه زندان
- 5- مصرف کراک / کریستال
- 6- زن
- 7- حداقل سه بار عود پس از درمان یا 10 سال سابقه مصرف
- 8- اختلالات شخصیت کلاستر B

معاینه فیزیکی بیمار و سابقه پزشکی:

-دستگاه قلب و عروق.....

-دستگاه تنفس.....

-دستگاه گوارش.....

-دستگاه ادراری تناسلی.....

-دستگاه عصبی.....

-دستگاه عضلانی اسکلتی.....

-غدد اندوکرین.....

-پوست و مخاطات.....

فشار خون اولیه: / وزن ..... تعداد نبض ..... تعداد تنفس ..... درجه حرارت.....

ج- توضیح مختصر راجع به روشهای مختلف درمان و علائم مصرف و بازگیری، طول دوره و اثر بخش بودن درمان به بیمار و خانواده وی در تاریخ / / داده شد.

نام و نام خانوادگی پزشک

مهر و امضاء



