**مركز/ واحددرمان وابستگي به مواد مخدربا داروهاي آگونيست**

**مشخصات مرکز**

**نام مرکز: .......................... نام مؤسس/ مؤسسین: ...................................... نام مسئول فني: .......................**

**نام روان­شناس: ......................... .نام پرستار: ........................ .نام مددکار:........................... مرجع صدور مجوز: .................... نام بازدیدکنندگان: ..................................... ساعت بازدید: ............ شیفت فعالیت مرکز: .................**

**تعداد بیماران دارای پرونده فعال: .................................تعداد بیماران تزریقی: ........ تعداد بیماران اچ آی وی مثبت: .......... تعداد بیماران هپاتیت B مثبت: ........... تعداد بیماران هپاتیت C مثبت: ...............**

**مقدار کل داروهای توزیع شده به بیماران تحت پوشش در ماه گذشته:**

**شربت متادون:.......سی­سی قرص متادون5 :.....میلیگرم قرص متادون 20:......میلیگرم قرص متادون40 :.......میلیگرم قرص بوپرنورفین8 :.....میلیگرم قرص بوپرنورفین 0.4 :........میلیگرم قرص بوپرنورفین 2: ......میلیگرم شربت تنتور اپیوم:.........سی­سی**

**نشانی و شماره تلفن: ............................................................................................... تاریخ بازدید: ........................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **محور** | **درون دادها** | **رديف** | **شاخص / استاندارد** | **نتیجه ارزیابی****1-0** |
| مجوزهاي قانوني و بخشنامه ها | تابلو | 1 | ابعاد، تعداد و متن تابلو مطابق قوانين سازمان نظام پزشكي مي­باشد |  |
|  |
| مهر مركز | 2 | مهر مركز مطابق قوانين سازمان نظام پزشكي مي­باشد |  |
| سرنسخه | 3 | سر نسخه مركز مطابق قوانين سازمان نظام پزشكي مي­باشد |  |
| پروانه هاي مرکز / واحد | 4 | پروانه بهره برداري، مسئولیت فنی و مجوز داروی آگونیست معتبر در معرض دید نصب است |  |
| راهنمای مراجعان | 5 | تابلوی راهنمای پذیرش و مراحل درمان نصب است |  |
| 6 | تابلوی معرفی پرسنل نصب است. |  |
| تعرفه | 7 | تعرفه قانوني ارائه خدمات رعايت مي­شود و در معرض دید نصب است |  |
| ساعات فعاليت مركز/ واحد | 8 | تابلو ساعات فعالیت مرکز در معرض دید نصب است. |  |
| 9 | فعاليت مركز در تمام روزهاي هفته بجز جمعه و تعطیلات رسمی حداقل چهار ساعت در يك نوبت است |  |
| سوابق و پرونده هاي پزشكي مراجعين | 10 | سوابق بيماران مطابق دستورالعمل در مركز نگهداري می­گردد. |  |
| 11 | فرم هاي پرونده، مطابق با پروتكل (ویرایش سوم) است |  |
| 12 | دفاتر مورد نياز موجود و مطابق ضوابط ابلاغی است |  |
| فضای فیزیکی | اتاق پزشك | 13 | مساحت اتاق حداقل 8 متر مربع است |  |
| 14 | اتاق روان‌شناس – پزشک با دیوار جدا شده است |  |
| اتاق روانشناس/ مشاوره | 15 | مساحت اتاق حداقل 8 مترمربع است |  |
|  |
| اتاق توزیع دارو، مراقبت هاي پرستاري و احياء | 16 | مساحت اتاق حداقل 8 مترمربع است |  |
|  |
| اتاق انتظار | 17 | مساحت اتاق انتظار با قابليت استفاده جهت گروه درماني در ساعات خاص حداقل 16 متر مربع است |  |
| 18 | سرويس بهداشتي مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت) |  |
|  |
| فضا جهت انبار داروهاي آگونيست | 19 | فضاي مناسب و اختصاصی جهت نگهداري داروهاي آگونيست وجود دارد |  |
| ابزار مناسب جهت ارائه دارو به بيماران | 20 | ليوان يك بار مصرف براي تهيه تركيبات محلول |  |
| 21 | ظروف تيره رنگ با برچسب هشدار و داراي درب قفل كودك براي بردن دارو به منزل |  |
| 22 | ابزار مورد نياز براي تنظیم دوز دارو یا ديسپنسر |  |
| کیت آزمایش سریع ادرار | 23 | کیت آزمایش سریع مورفین و مت آمفتامین یا کیت چند منظوره معتبر در مرکز موجود است |  |
|  |
| وسايل احيا و ترالي اورژانس | 24 | وسايل اوليه احيا در مرکز موجود است |  |
| 25 |  داروهاي مورد نياز و اختصاصی در ترالي اورژانس موجود است و داروهای غیرمرتبطی وجود ندارد  |  |
| 26 | دارو ها تاریخ اعتبار دارند |  |
| 27 | تخت مناسب احیا، آماده استفاده در فاصله مناسب از دیوار های اطراف قرار دارد. |  |
| 28 | وسايل معاينه بيمار در اتاق پزشك موجود است |  |
| اطفاء حریق | 29 | کپسول اطفاء حریق سالم با تاریخ اعتبار/ سیستم مناسب کنترل آتش سوزی موجود است |  |
| سيستم گرمايش و سرمايشي، دستگاه آب سردكن | 30 | سيستم گرمايش و سرمایشی مناسب است |  |
| 31 | دستگاه آب سردكن موجود است |  |
| پرسنل | تعداد و حضور تیم درمان به ازای 100 بیمار | 32 | حداقل یک پزشک دوره دیده ( مسئول فنی) در مرکز حضور دارد(مشاهده کارت شناسایی) |  |
| 33 | حداقل یک روان­شناس درمرکز حضور دارد ( مشاهده کارت شناسایی) |  |
| 34 | حداقل یک مددکار در مرکز حضور دارد (مشاهده کارت شناسایی) |  |
| 35 | حداقل یک پرستار/ ماما/بهيار/ كاردان هوشبري/ تكنسين اتاق عمل/ تكنسين فوريت­هاي پزشكي در مرکز حضور دارد |  |

| فرآیند | رديف | استاندارد | **نتیجه ارزیابی****1 - 0** |
| --- | --- | --- | --- |
| عدم پذيرش بيماران غيرمرتبط با درمان اختلالات مصرف مواد | 36 | عدم وجود تبليغات درمان بيماران غيرمرتبط با اختلالات مصرف مواد در مركز، عدم وجود وسايل پانسمان و تزريقات مبني بر انجام امور غيرمرتبط، پرسش از بيماران در خصوص علت مراجعه و نوع خدمات دريافتي |  |
| فرآيند پذيرش بيماران  | 37 | مشاهده نحوه برخورد و اطلاع رساني و آموزش مراجعان در خصوص مداخلات درمانی  |  |
| بار مراجعه  | 38 | مشاهده بار مراجعه مرکز در طول دوره زمانی بازدید، بررسی تناسب بار مراجعه از نظر ویزیت پزشک و دریافت داروی آگونیست با پرونده­های فعال داروهای آگونیست |  |
| ويزيت پزشك  | 39 | پرسش از بيماران حاضر در مركز در مورد علت مراجعه، زمان اولين مراجعه، فواصل مراجعه، ميزان و نحوه داروي تحويلي، معاينات انجام شده در هر ويزيت و مشاهده وسايل انجام معاينه در اتاق پزشك.  |  |
| مداخلات روان­شناسي  | 40 | پرسش از بيماران در خصوص فواصل انجام مشاوره، تاريخ آخرين مشاوره فردي و گروهي، زمان اختصاص داده شده هر مشاوره. بررسي آگاهي روان­شناس از مفاد پروتكل­های درماني |  |
| مداخلات مددكاري  | 41 | پرسش از بيماران در خصوص فواصل انجام مشاوره و پيگيري و تاريخ آخرين مشاوره و پيگيري. بررسي آگاهي مددكار از مفاد پروتكل درماني |  |
| عرضه (توزیع) دارو به بيمار توسط پرستار  | 42 | پرسش از بيماران در خصوص ميزان و نحوه داروهاي تحويلي جهت مصرف در مركز و دوز منزل، آخرين مراجعه و مقدار داروي مصرف شده در مركز، شخص تحويل دهنده دارو به بيمار، بررسي تحويل دارو صرفاً به خود بيمار، مشاهده دستور پزشک جهت تحويل دارو و امضاي بيماران، مشاهده فرم پرستار و دفتر داروي مخدر، ‌مشاهده مصرف دارو توسط بيمار در حضور پرستار، مشاهده نحوه تحويل دارو با ظروف جداگانه به بيمار براي هر روز جهت دوز منزل |  |
| نحوه تحویل دوز منزل | 43 | تحويل دوز منزل در ظروف استاندارد و اموزش در خصوص پیشگیری از مسمومیت اتفاقی در کودکان |  |
| آزمایش ادرار | 44 | پرسش از بيمار جهت نحوه انجام تست­هاي ادراري و فواصل و آخرين زمان انجام تست |  |
| سایر آزمايش­ها و ارزیابی­های پاراکینیک لازم  | 45 | پرسش از بيمار در خصوص محل انجام تست ادرار، چگونگي ثبت نتايج تست ادرار در پرونده، بررسي برخورد با نتيجه تست ادراري مثبت جهت بازبینی دوز دارو و انجام مشاوره بيشتر با بيمار. پرسش از بيمار جهت زمان انجام تست هاي كبدي، نوار قلب، بررسي درخواست آزمايش­های لازم در بيماران.  |  |
| محرمانه بودن اطلاعات بیمار | 46 | بررسي وجود پرونده­ها صرفاً در مركز، نحوه نگهداری پرورنده­ها در مرکز، پرسش از مسئول فني جهت عدم انجام تحقيقات علمي در مركز بدون هماهنگي با دانشگاه علوم پزشكي، عدم افشاي نتيجه آزمایش ادرار بيمار به غير از خود بيمار (و نيز اطلاعات ديگر پرونده) |  |
| رعایت شئونات حرفه­ای و اخلاقی در ارائة خدمات به بیماران | 47 | مشاهده رعایت شئونات حرفه ای و اخلاقی در ارائة خدمات به بیماران و تكريم ارباب رجوع |  |
| همكاري پرسنل مرکز با کارشناسان تیم نظارتی | 48 | امكان بازديد از كليه فضاهاي مركز و دسترسي به پرونده ها ميسر باشد. نحوه برخورد پرسنل با تيم پايش لحاظ گردد.  |  |

| برون ده | ردیف | استاندارد | نتیجه ارزیابی1-0 |
| --- | --- | --- | --- |
| پذيرش بيماران | احراز هويت بيمار جهت دوز منزل | 49 | ملاحظه تصوير مدارك شناسايي بيمار (شناسنامه يا كارت ملي) |  |
| صدور کارت درمان جهت بيماران | 50 | ملاحظه كارت درمان بيماران مطابق مقررات |  |
| تكميل فرم هاي پرونده براساس پروتكل (اطلاعات پايه و. . . ) | 51 | ملاحظه فرم هاي تكميل شده در پرونده بر اساس پروتكل  |  |
| تشريح فرايندهاي درماني مطابق با پروتكل به بيمار و خانواده او در شرح ويزيت اوليه | 52 | تشريح فرايندهاي درماني مطابق با پروتكل به بيمار و خانواده او در شرح ويزيت اوليه |  |
| مطابقت بیماران وارد شده به درمان با ملاک­های پروتکل­های ابلاغی  | 53 | مطابقت اطلاعات پرونده بیماران از نظر نوع ماده اصلی و طریقه مصرف با ملاک­های پروتکل­های ابلاغی |  |
| ثبت وضعیت مراجع و کلیه اقدامات شامل دوز دارو در ویزیت­ها | 54 | ملاحظه پرونده از نظر وضعیت بیمار و کلیه اقدامات انجام شده شامل تغییر در دوز مطابق پروتکل |  |
| ثبت آزمایش­های پاراکلینیک  | 55 | ثبت آزمایش­های پاراکینیک بدو ورود مطابق پروتکل در بیماران واجد سابقه بیماری­های داخلی |  |
| حداکثر دوز داروی آگونیست در روز اول | 56 | رعايت حداکثر مجاز داروی آگونیست در روز اول طبق پروتكل |  |
| سرعت افزایش دوز داروی آگونیست در ماه اول | 57 | رعایت احتیاطات در خصوص سرعت افزایش دوز داروی آگونیست مطابق پروتکل­های درمانی در ماه اول |  |
| سرعت افزایش دوز داروی آگونیست در دامه درمان | 58 | رعایت احتیاطات در خصوص سرعت افزایش دوز داروی آگونیست مطابق پروتکل­های درمانی در اامه درمان |  |
| رعایت رژیم دوز کافی داروی آگونیست | 59 | تجویز دوز کافی در مرحله نگهدارنده متناسب با پروتکل­های درمانی |  |
| ثبت علت برای خروج بیمار از درمان | 60 | ثبت علت خروج بیمار از درمان |  |
| ثبت ويزيت بيمار در دو هفته آغاز درمان نگهدارنده  | 61 | ثبت ويزيت بيمار در دو هفته آغاز درمان نگهدارنده مطابق پروتکل (هفته اول روزانه و سپس هفته­ای سه بار) |  |
| ثبت ویزیت بیمار از هفته سوم تا هفته 12 درمان نگهدارنده  | 62 | ثبت ویزیت از هفته سوم تا هفته 12 درمان نگهدارنده توسط پزشک مطابق پروتکل (هفتگی) |  |
| ثبت ویزیت بیمار از ماه چهارم تاپایان سال اول درمان نگهدارنده توسط پزشک | 63 | ثبت ویزیت از ماه چهارم تا پایان سال اول مطابقه پروتکل (دو هفته یک بار) |  |
| ثبت ویزیت بیمار از سال دوم درمان نگهدارنده  | 64 | ثبت ویزیت از سال دوم در درمان نگهدارنده توسط پزشک مطابق پروتکل (ماهی یک بار) |  |
| ثبت ويزيت­هاي پزشكي در صورت لغزش، عود یا غیبت از درمان | 65 | ثبت ويزيت هاي پزشكي در صورت لغزش، عود یا غیبت از درمان |  |
| ثبت تعداد ویزیت­های پزشکی در مرحله کاهش تدریجی در درمان نگهدارنده | 66 | ثبت تعداد ویزیت­ها توسط پزشک مطابق پروتکل (دو هفته یک بار) |  |
| ثبت انجام آزمايش­های لازم جهت افراد پرخطر (اچ­آی­وی، هپاتیت ب و سی) | 67 | ثبت انجام آزمايش­های لازم جهت افراد پرخطر (اچ­آی­وی، هپاتیت سی و ب) |  |
| مستندات فرم ارجاع بيماران در صورت پذيرش از ساير مراكز | 68 | وجود فرم ارجاع بيماران در صورت پذيرش از ساير مراكز |  |
| ثبت رعايت دوز متادون در مرحله پايدارسازي طبق پروتكل | 69 | ثبت رعايت دوز متادون در مرحله پايدارسازي طبق پروتكل |  |
| ثبت دوز منزل مطابق با پروتکل | 70 | ثبت تجویز دارو در ماه اول درمان به صورت روزانه (به جز ایام تعطیل)ثبت تجويز دوز منزل در ماه دوم درمان، به صورت یک روز در هفته (+ جمعه و آیام تعطیل)ثبت تجويز دوز منزل در ماه سوم درمان، به صورت دو روز در هفته ثبت تجويز دوز منزل در ماه چهارم درمان، بصورت سه روز در هفته ثبت تجويز دوز منزل در ماه پنجم درمان به صورت چهار روز در هفته ثبت تجویز دوز منزل در ماه ششم و پس از آن به صورت هفتگی = پنج روز در هفته +جمعه و ایام تعطیل |  |
| ثبت القاء مجدد درمان در صورت غیبت  | 71 | در صورت عدم مراجعه به مدت بيش از يك هفته |  |
| مداخلات غير دارويي |  ثبت ویزیت روان‌شناس در دوره درمان | 72 | ثبت ویزیت و جلسات مشاوره انفرادی روان شناس در دوره درمان نگهدارنده مطابق پروتکل |  |
| شرح جلسه آموزش بیمار توسط روان­شناس | 73 | شرح جلسه آموزش بیمار توسط روان­شناس |  |
| شرح جلسه آموزش خانواده توسط روان­شناس | 74 | شرح جلسه آموزش خانواده توسط روان­شناس |  |
| شرح جلسه مصاحبه انگیزشی توسط روان­شناس | 75 | شرح جلسه مصاحبه انگیزشی جهت بيماران توسط روانشناس |  |
| شرح جلسات روان­درمانی پیشگیری از عود  | 76 | شرح جلسات روان­درمانی پیشگیری از عود |  |
| شرح جلسات گروه درمانی توسط روانشناس | 77 | شرح جلسات گروه درمانی توسط روانشناس |  |
| شرح جلسات آموزش­های کاهش خطر و ارجاع جهت آزمایش اچ­آی­وی | 78 | شرح جلسات آموزش­های کاهش خطر و ارجاع جهت آزمایش اچ­آی­وی(در صورتی که عنوان مرکز، مشاوره بیماری‌های رفتاری بود) |  |
| ثبت اطلاعات فرم ارزیابی پایه | 79 | ثبت اطلاعات فرم ارزیابی پایه |  |
| ثبت فرم ارزیابی دوره­ای | 80 | ثبت فرم ارزیابی دوره­ای در پرونده بیمار مطابق پروتکل (ماه­های 1، 3، 6، 9، 12، سپس هر 6 ماه) |  |
| شرح گزارش کلی از خدمات صورت گرفته شده در حوزه مددکاری | 81 | شرح پیگیری مراجعات بيمار توسط مددكار/روانشناسشرح پيگيري مسائل و مشكلات خانوادگي و شغلي بيمار توسط مددكار/روانشناسشرح بررسي وضعيت مالي بيمار و درصورت امكان رايگان نمودن هزينه براي بيماران نيازمند توسط مددكار/روانشناس |  |
| مداخلات پرستاري | ثبت تحويل داروی آگونیست به خود بيمار، مصرف دارو در حضور پرستار  | 82 | ثبت تحويل داروی آگونیست به خود بيمار، مصرف دارو در حضور پرستار، تجويز دوز منزل در بسته ها و شيشه هاي جداگانه به بیمار |  |
| ثبت آزمايش ادرار مورفین و آزمایش ادرار مت­آمفتامین | 83 | ثبت آزمایش مورفین و متامفتامین حداقل در سه ماه اول هفتگی، ماه 4 تا 6 هر دو هفته و سپس ماهانه |  |
| تطبيق دفتر ثبت روزانه دارو و پذيرش بيماران با پرونده بيماران | 84 | تطبيق دفتر ثبت روزانه دارو و پذيرش بيماران با پرونده بيماران |  |
| تطبيق داروهاي موجود و مصرفي با دفتر ثبت روزانه و پذيرش بيمار | 85 | تطبيق داروهاي موجودي و مصرفي با دفتر ثبت روزانه و پذيرش بيمار |  |
| درج امضاي بيماران در فرم تحویل داروو تكميل فرم مخصوص عرضه داروهای آگونیست براي هر بيمار توسط پرستار | 86 | درج امضاي بيماران در فرم تحویل دارو و تكميل فرم مخصوص عرضه داروهای آگونیست براي هر بيمار توسط پرستار |  |
| گزارش غيبت بيمار به پزشك مسئول فني (و مددکار در صورت وجود) توسط پرستار  | 87 | گزارش غيبت بيمار به پزشك مسئول فني (و مددکار در صورت موجود بودن) توسط پرستار  |  |
| ثبت مصرف دوز آخر داروی آگونیست، در مركز تحت نظارت پرستار  | 88 | چنانچه بيمار در مرحله­اي است كه تنها يك بار در هفته مراجعه دارد، 6 ظرف استاندارد به بيمار تحويل داده شده و دوز هفتم در واحد مصرف مي شود |  |
|  | مرکز در ساعت کاری خود فعال است و تعطیل نیست | 89 | مرکز در ساعت کاری مطابق با پروتکل به فعالیت خود مشغول است و درب مرکز بسته یا تعطیل نیست |  |
|  | آمار سه ماهه به معاونت درمان دانشگاه ارسال می­گردد | 90 | فرم­های آمار سه ماهه خدمات درمانی به معاونت درمان ارسال می­گردد و مستندات موجود است  |  |
|  | عدم وجود فرم سفید امضا و عدم وجود فرم شماره 8 (فرم پرستار) ماه­های قبل  | 91 | فرم­های پرستار (تحویل دارو به بیمار) هر یک الی دو ماه به معاونت غذا و دارو تحویل داده می شود و نباید در پرونده بیمار موجود باشد |  |
|  | عدم وجود دوربین در اتاق پزشک و روانشناس | 92 | عدم وجود دوربین مداربسته در اتاق پزشک و روانشناس |  |
|  | حضور مسئول فنی با تاخیر | 93 | حضور مسئول فنی با تاخیر نسبت به ساعت فعالیت مرکز |  |
|  | حضور روانشناس یا پرستار با تاخیر | 94 | حضور پرستار یا روانشناس با تاخیر نسبت به ساعت فعالیت مرکز |  |
|  | تجویز دارو توسط غیرپزشک مسئول فنی | 95 | تجویز دارو توسط پرستار یا روانشناس یا دیگر پرسنل مرکز |  |
|  | عدم وجود پرونده مربوط به مراکز دیگر | 96 | عدم وجود پرونده­هایی مربوط به سایر مراکز درمانی |  |
|  | قید کردن قطع درمان در فرم­های مربوطه در پرونده های فعال | 97 | قید کردن قطع درمان در فرم­های مربوطه در پرونده های فعال (فرم­های شماره 4 و 6 و 8) |  |
|  | فروش دارو به غیر بیمار و بدون هویت | 98 | فروش آزاد دارو |  |
|  | جابجایی مکان مرکز بدون هماهنگی با معاونت درمان | 99 | مرکز بدون هماهنگی با معاونت درمان دانشگاه به مکان دیگری منتقل نشده است |  |
|  | همخوانی پرونده­های دارویی با نوع داروی تحویلی | 100 | پرسش از 5 بیمار در خصوص نوع داروی تحویلی و مطابقت آن با پرونده |  |