

پیوست شش - فرم‌ها

محل
الصاق
عکس

فرم شماره ۱ - فرم اطلاعات پایه

نام و نام خانوادگی:

تاریخ پذیرش: / /

شماره پرونده:

نشانی محل سکونت:

.....

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

شرایط تماس:

مصاحبه کننده:

تاریخ مصاحبه:

در سامانه اطلاعات خدمات درمان و کاهش آسیب مبنای گزارش‌دهی مراجعان یک «کد اختصاصی منحصر به فرد» بوده که نحوه ایجاد و کار با آن متعاقباً از طریق راهنمای سامانه به آگاهی خواهد رسید.

فرم شماره ۲- فرم ارزیابی پایه

یک- اطلاعات کلی

۱- نام و نام خانوادگی: ۲- شماره پرونده:

۳- نام مصاحبه‌گر: ۴- تاریخ مصاحبه: روز ماه سال

۵- جنسیت: مرد زن

۶- سن: ۷- سال تولد:

۸- تحصیلات: (تعداد سال‌های تکمیل شده تحصیل)

۹- وضعیت تأهل:

- در حال حاضر متأهل هستم.
- متارکه کرده‌ام (ولی هنوز طلاق نگرفته‌ام و متأهل هستم).
- بیوه هستم (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام).
- طلاق گرفته‌ام (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام).
- هیچگاه ازدواج نکرده‌ام.

۱۰- منبع ارجاع:

- خود بیمار یا خانواده
- مرکز درمان اعتیاد دیگر در اجتماع
- مرکز درمان اعتیاد دیگر در زندان
- مراجع قانونی (پلیس یا دادگاه)
- سایر (مشخص کنید):

دو- تاریخچه 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 ۱۲ 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	مت‌آفتامین (شیشه)						
۱۲	اکستیزی (قرص اکس)						
۱۳	کوکائین						
۱۴	داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور						
۱۵	استروئیدهای آنابولیک						
۱۶	مواد توهم‌زا (LSD، قارچ و...)						
۱۷	مواد استنشاقی (چسب، تینر و...)						

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

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

(کُد یا کُد‌های 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 کرده‌اید؟ تومان
- ۵- تا کنون چند بار به خاطر بیش‌مصرفی (اُوردوز) مواد به بیمارستان یا مرکز درمانی مراجعه کرده‌اید؟ بار

سه- تاریخچه اقدامات پیشین درمان

۱- آیا در طول عمر خود اقدام به درمان برای وابستگی به مواد کرده‌اید؟ 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 اُپیوم		
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 (UROD)		
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 بوده‌اید؟ بله خیر

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

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

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

۷- اگر بله، مجموعاً چند ماه؟ ماه

چهار - سابقه رفتارهای پرخطر

- ۱- آیا در طول عمر خود سابقه تزریق مواد داشته‌اید؟ 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 کرده‌اید؟ بله خیر عدم تمایل به پاسخ‌گویی
- ۴- در ماه گذشته، چند بار مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده‌اید؟ بار
- ۵- در ماه گذشته چند از بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد دیگری از آن استفاده کرده بود، (سرنگ، سوزن، پنبه، فیلتر، ملاقه، آب) تزریق داشته‌اید؟ بار
- ۶- آیا تا کنون با کسی رابطه جنسی داشته‌اید؟ 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 داشته‌اید؟ 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 شده‌اید؟ 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 شده‌اید؟ بار
- ۱۶- در ماه گذشته چند بار پرخاش‌گری فیزیکی (چه در داخل منزل چه در خارج آن) داشته‌اید؟ بار
- ۱۷- چند بار آن منجر به مداخله پلیس شده است؟ بار
- ۱۸- در طی عمر خود آیا اقدام به فروش مواد کرده‌اید؟ بله خیر عدم تمایل به پاسخ‌گویی
- ۱۹- در ماه گذشته چطور؟ بله خیر عدم تمایل به پاسخ‌گویی

پنج - وضعیت طبی و روان‌پزشکی

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

بله مشخص کنید:

خیر

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

بله مشخص کنید: خیر

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

۴- آیا تا کنون آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده‌اید؟

بله و پاسخ آن منفی بوده است بله و پاسخ آن مثبت بوده است
بله و پاسخ آن را نمی‌داند خیر عدم تمایل به پاسخ‌گویی

۵- آیا تا کنون آزمایش اچ‌سی‌وی انجام داده‌اید؟

بله و پاسخ آن منفی بوده است بله و پاسخ آن مثبت بوده است
بله و پاسخ آن را نمی‌داند خیر عدم تمایل به پاسخ‌گویی

۶- جدول غربالگری مشکلات روان‌پزشکی

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

۷- سابقه درمان‌های روان‌پزشکی

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

۸- آیا در حال حاضر داروی روان‌پزشکی خاصی مصرف می‌کنید؟

بله مشخص کنید: خیر

شش- 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 ۵ روز کار در هفته، روزی ۸ ساعت) شاغل پاره وقت منظم شاغل پاره وقت نامنظم

بازنشسته، ازکار افتاده یا مستمری بگیر محصل، طلبه، دانشجو یا سرباز خانه‌دار

دارای درآمد بدون کار بیکار

۴- در ماه گذشته از هر یک منابع زیر چقدر درآمد داشته‌اید؟

۱ اشتغال یا درآمد ناشی از سرمایه‌گذاری؟ تومان

۲ بازنشستگی یا بیمه ازکارافتادگی؟ تومان

۳ کمک مؤسسه‌های خیریه (کمیته امداد، بهزیستی و...) تومان

۴ کمک خانواده، بستگاه یا دوستان تومان

۵- در ماه گذشته، چند روز کار در ازای مزد یا درآمد داشته‌اید؟ روز

۶- در ماه گذشته، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفته‌اید؟ روز

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

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

زندگی در فضای بیرون (بی‌سرپناه) سایر مشخص کنید:

۸- در حال حاضر شما با چه کسی زندگی می‌کنید (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 کرده‌اید؟ روز

۱۰- در ماه گذشته، چقدر با اعضای خانواده مشکل داشته‌اید؟

اصلاً اندکی در حد متوسط زیاد بسیار زیاد

۱۱- آیا شما در حال حاضر با کسی زندگی می‌کنید که مواد مصرف می‌کند؟ 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:

فرم شماره سه - فرم ارزیابی دوره‌ای

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؟	کُد روش مصرف در ماه قبل؟*	ملاحظات	ردیف	نام ماده	تعداد روزهای مصرف در ماه قبل؟	کُد روش مصرف در ماه قبل؟*	ملاحظات
۱	تنباکو				۱۰	کدئین، ترامادول، دیفنوکسیلات			
۲	حشیش				۱۱	مت‌آفتامین (شیشه)			
۳	مشروبات الکلی				۱۲	اکستیزی (قرص اکس)			
۴	تریاک و شیره				۱۳	کوکائین			
۵	هروئین				۱۴	داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور			
۶	کِرَاک هروئین				۱۵	استروئیدهای آنابولیک			
۷	متادون غیرقانونی				۱۶	مواد توهم‌زا (LSD، قارچ و...)			
۸	بوپرنورفین غیرقانونی				۱۷	مواد استنشاقی (چسب، تینر و...)			
۹	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 کرده‌اید؟ تومان

۵- در ماه گذشته، چند بار مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده‌اید؟ 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 داشته‌اید؟ 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 داشته‌اید؟ بار

۱۰- چند بار آن با کاندوم بوده است؟

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

۲۰- در ماه گذشته چند بار پرخاش‌گری فیزیکی (چه در داخل منزل چه در خارج آن) داشته‌اید؟ بار

۲۱- چند بار آن منجر به مداخله پلیس شده است؟ بار

۲۲- در ماه گذشته آیا اقدام به فروش مواد کرده‌اید؟ بله خیر عدم تمایل به پاسخ‌گویی

۲۳- جدول غربال‌گری مشکلات روان‌پزشکی

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

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

شاغل تمام وقت (حداقل ۵ روز کار در هفته، روزی ۸ ساعت) شاغل پاره وقت منظم شاغل پاره وقت نامنظم

بازنشسته، ازکار افتاده یا مستمری بگیر محصل، طلبه، دانشجو یا سرباز خانه‌دار

دارای درآمد بدون کار بیکار

۲۵- در ماه گذشته از هر یک منابع زیر چقدر درآمد داشته‌اید؟

۱ اشتغال یا درآمد ناشی از سرمایه‌گذاری؟ تومان

۲ بازنشستگی یا بیمه ازکارافتادگی؟ تومان

۳ کمک مؤسسه‌های خیریه (کمیته امداد، بهزیستی و...) تومان

۴ کمک خانواده، بستگاه یا دوستان تومان

۲۶- در ماه گذشته، چند روز کار در ازای مزد یا درآمد داشته‌اید؟ روز

۲۷- در ماه گذشته، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفته‌اید؟ روز

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

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

زندگی در فضای بیرون (بی‌سرپناه) سایر مشخص کنید:

۲۹- در حال حاضر شما با چه کسی زندگی می‌کنید (بیشتر اوقات در ماه گذشته)؟

با خانواده با دوستان یا همکاران تنها سایر مشخص کنید:

۳۰- در ماه گذشته، چند روز با اعضای خانواده زندگی کرده‌اید؟..... روز

۳۱- در ماه گذشته، چقدر با اعضای خانواده مشکل داشته‌اید؟

اصلاً اندکی در حد متوسط زیاد بسیار زیاد

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

اصلاً اندکی در حد متوسط زیاد بسیار زیاد

فرم چهار - فرم دستورات پزشک

ردیف	تاریخ	یادداشت پزشک	مهر و امضاء پزشک

فرم چهار- فرم روان شناس

ردیف	تاریخ	خدمات روان شناختی ارائه شده و یادداشتهای روان شناس	امضاء روان- شناس

فرم پنج - فرم پرستار

ردیف	روز هفته	تاریخ	نتیجه آزمایش ادرار	دوز دارو توزیع شده	توضیحات