

رضایت‌نامه آگاهانه

فرم شماره یک:

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه که از تاریخ به علت اختلال مصرف مواد در مرکز درمانی تحت درمان قرار گرفته‌ام، بدین وسیله اعلام می‌دارم که اطلاعات لازم درباره درمان نگهدارنده با متادون و سایر گزینه‌های درمانی ممکن به اینجانب ارائه شده و موارد زیر مورد تأیید اینجانب می‌باشد:

۱- رضایت آگاهانه خود را جهت دریافت برنامه درمان نگهدارنده با متادون توسط مرکز درمانی و سایر خدمات ارائه شده توسط کارکنان مرکز درمان اختلال مصرف مواد افیونی اعلام می‌نمایم. مداخلات درمان برنامه‌ریزی شده برای من توضیح داده شده است و من مطلع شدم که درمان من در چارچوب مقررات و آیین‌نامه‌های 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 همانند سایر درمان‌های دارویی در صورتی که مطابق تجویز پزشک مصرف نشود ممکن است آسیب‌رسان 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 طبی مرا مورد درمان قرار می‌دهند اطلاع دهم به این صورت درمان‌گر من با آگاهی از داروهایی که مصرف می‌کنم، می‌تواند بهترین مراقبت ممکن را عرضه نماید و از تجویز داروهایی که با درمان دارویی من تداخل داشته یا سیر بهبودی مرا متأثر می‌کند 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 ماشین‌آلات 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 طبی متناسب قطع خواهد شد.

۷- برای بیماران مؤثرت در سنین باروری: مطلع شدم که اگر در حال حاضر باردار هستم، 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- تصمیم‌گیری 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) اتخاذ می‌شود و پیروی از هرگونه توصیه و پیشنهادی که توسط بیماران (به غیر اعضاء گروه خودیاری) یا سایر افراد ارایه شود، غیرمجاز و خطرناک خواهد بود.

ب- مراجعه به مرکز درمانی جهت دریافت خدمات عرضه‌شده 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 خانواده‌ها 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 می‌بایست 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 توصیه‌های درمانی، تجویز دارو، پیشنهاد مصرف دارو یا دادن دارو به سایر بیماران، خانواده‌های آنها یا سایر مراجعان مرکز درمانی به هیچ وجه جایز نبوده و به دلیل ایجاد خطرات جسمی- روانی و حتی جانی، فرد متخلف علاوه بر اخراج از فرایند درمان مورد پیگیری قانونی قرار خواهد گرفت.

نام و امضاء و اثر انگشت همراه بیمار _____

نام و امضاء و اثر انگشت بیمار _____

فرم شماره دو:

شماره پرونده مرکز درمان با آگونیست و کاهش آسیب

الف-فرم پایه اطلاعات پایه

نام و نام خانوادگی بیمار.....

شماره پرونده:.....

فرزند:.....

آدرس:.....

تلفن تماس:.....

تاریخ مصاحبه:.....

مصاحبه کننده:.....

سمت:.....

در سامانه اطلاعات خدمات درمان و کاهش آسیب مبنای گزارش دهی مراجعان یک "کد اختصاصی منحصر به فرد" بوده که نحوه ایجاد کار با آن متعاقبا از طریق راهنمای سامانه به اطلاع خواهد رسید.

معیارهای ورود به درمان:

۱- ☐ مصرف تزریقی (یک بار تزریق طی ۱ ماه قبل)

۲- ☐ بیمار HIV +

۳- ☐ مصرف هروئین

۴- ☐ سابقه زندان

۵- ☐ مصرف کراک/کریستال

۶- ☐ زن

۷- ☐ حداقل سه بار عود پس از درمان یا ۱۰ سال مصرف

۸- ☐ اختلالات شخصیت کلاستر B

امضاء

پرستار

مددکار (روانشناس دوم)

روان شناس

روانپزشک (مسئول فنی)

می خواهم از شما چند سوال عمومی بپرسم همچنین یادآوری می کنم که کلیه اطلاعاتی که به من می دهید کاملاً محرمانه خواهد ماند

ب) فرم ارزیابی پایه

اطلاعات کلی:

۱- نام و نام خانوادگی:

۲- شماره پرونده:

۳- نام مصاحبه گر:

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 کرده ام (ولی هنوز طلاق نگرفته ام و متأهل هستم) ☐

بیوه هستم (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده ام) ☐

طلاق گرفته ام (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده ام) ☐

هیچگاه ازدواج نکرده ام ☐.

۱۰- منبع ارجاع:

خود بیمار یا خانواده ☐

مرکز درمان اعتیاد دیگر در اجتماع ☐

مرکز درمان اعتیاد دیگر در زندان ☐

مواجه قانونی (پلیس یا دادگاه ☐)

سایر (☐ مشخص کنید.....):

۱۱- وضعیت بیمه:

دارد ☐ ندارد ☐ نوع آن را مشخص کنید:.....

پ- تاریخچه مصرف مواد

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؟(بله/خیر)	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.	مت آمفتامین (شیشه)						
۱۲.	اکستیزی(قرص اکس)						
۱۳.	کوکائین						
۱۴.	داروهای آرامبخش و خواب-آور						
۱۵.	استروئیدهای آنابولیک						
۱۶.	مواد توهم زا LSD (، قارچ و...)						
۱۷.	مواد استنشاقی(چسب، تینر و...)						

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

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

(کُد یا کدهای 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(اوردوز) مواد به بیمارستان یا مرکز درمانی مراجعه کرده اید؟

ت- تاریخچه اقدامات پیشین درمان

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

جدول تعداد دفعات اقدام به درمان به تفکیک نوع روش درمانی

ردیف	روش درمان	تعداد دفعات اقدام؟ (دوره)	طولانی ترین دوره پرهیز از مصرف مواد غیرقانونی؟ (روز)
۱.	درمان نگهدارنده با متادون		
۲.	درمان نگهدارنده با بوپرنورفین		
۳.	درمان با کمک تننور آپوم		
۴.	درمان نگهدارنده با نالتراکسون		
۵.	سم زدایی سرپایی تحت نظر پزشک (برای مثال با بوپرنورفین یا کلونیدین)		
۶.	سم زدایی بدون نظارت درمانگران		
۷.	سم زدایی بستری بدون بیهوشی		
۸.	سم زدایی بستری تحت بیهوشی (UROD)		
۹.	بازتوانی اقامتی (TC)		
۰.	درمان اقامتی (کمپ)		
۱.	درمان در مراکز تأدیبی (زندان، مراکز اقامتی اجباری)		
۲.	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؟.....

۵- در سال گذشته چند دوره در مراکز قانونی موجود در اجتماع تحت نظر درمانگران حرفه ای درمان گرفته

اید؟..... دوره

اید؟..... دوره

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

۷- اگر بله، مجموعاً چند ماه؟..... ماه

ث- 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 ☐

ج- وضعیت طبی و روانپزشکی :

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

☐ خیر ☐ مشخص کنید.....

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

کنید.....

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

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 نمیداند ☐ 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 نمیداند ☐ خیر ☐ عدم تمایل به پاسخگویی ☐

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 داشته اید؟			
۲.	اضطراب جدی، نگرانی بیش از حد یا بیقراری داشتید؟			
۳.	حالات توهم داشته اید؟ 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 داشته اید؟			
۶.	اقدام به خودکشی کرده اید؟			

سابقه درمانهای روانپزشکی

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

۹- آیا در حال حاضر داروی روانپزشکی خاصی مصرف می کنید؟

بله ☐ خیر ☐ مشخص کنید.....

ج- وضعیت خانوادگی و اجتماعی :

- ۱- آیا شما مهارت شغلی خاصی دارید؟ بله ☐ خیر ☐ مشخص کنید.....
- ۲- آیا شما گواهینامه رانندگی معتبر دارید؟ بله ☐ خیر ☐ توضیحات.....
- ۳- وضعیت شغلی شما در سه ماهه 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، از کار 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؟
 ۱. اشتغال یا درآمد ناشی از سرمایه گذاری؟ تومان
 ۲. باز شستگی یا بیمه از کارافتادگی؟ تومان
 ۳. کمک موسسه های خیریه (کمپته امداد، بهزیستی و...) تومان
 ۴. کمک خانواده، بستگان یا دوستان تومان
 ۵. در ماه گذشته، چند روز کار در ازای مزد یا درآمد داشته اید..... روز
 - ۶- در ماه گذشته، چند روز بخاطر 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 (شلتر) ☐
زندگی در فضای بیرون (بی سرپناه) ☐ سایر ☐ مشخص کنید:.....
 ۸. در حال حاضر شما با چه کسی زندگی می کنید؟ (بیشتر اوقات در در ماه گذشته)
با خانواده ☐ با دوستان و 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؟
اصلا ☐ اندکی ☐ در حد متوسط ☐ زیاد ☐ بسیار زیاد ☐
 ۱۱. آیا شما در حال حاضر با کسی زندگی می کنید که مواد مصرف می کند؟ بله ☐ خیر ☐
 ۱۲. در حال حاضر چقدر از حمایت عاطفی و روانی خانواده برخوردار هستید؟
اصلا ☐ اندکی ☐ در حد متوسط ☐ زیاد ☐ بسیار زیاد ☐
توضیحات تکمیلی درباره وضعیت خانوادگی و اجتماعی :.....

ج- فرم ارزیابی دوره‌ای (جدول تاریخچه مصرف مواد):

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

ردیف	نام ماده	تعداد روزها ی مصرف در ماه قبل؟	کُد روش مصرف در ماه قبل؟*	ملاحظات	ردیف	نام ماده	تعداد روزها ی مصرف در ماه قبل؟	کُد روش مصرف در ماه قبل؟*	ملاحظات
۱.	تنباکو				۱۰.	کدئین، ترامادول، دیفنوکسیلات			
۲.	حشیش				۱۱.	مت آمفتامین (شیشه)			
۳.	مشروبات الکلی				۱۲.	اکستیزی (قرص اکس)			
۴.	تریاک و شیره				۱۳.	کوکائین			
۵.	هروئین				۱۴.	داروهای آرام بخش و خواب آور			
۶.	کِراک هروئین				۱۵.	استروئیدهای آنابولیک			
۷.	متادون غیرقانونی				۱۶.	مواد توهم زا LSD (، قارچ و) ...			
۸.	بوپرنورفین غیرقانونی				۱۷.	مواد استنشاقی (چسب، تینر و) ...			
۹.	نورجریک، تمجریک...								

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

وریدی: ۵

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

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

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

۱۵- 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، از کار افتاده یا مستمری بگیر

☐ محصل، طلبه، دانشجو یا سرباز ☐ خانه دار ☐ دارای درآمد بدون کار ☐ بیکار ☐

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

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

۲ بازنشستگی یا بیمه از کار افتادگی؟..... تومان

۳ کمک مؤسسه های خیریه (کمیتة امداد، بهزیستی و) تومان

۴ 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 غیر موجه 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 میکنید (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- آیا شما در حال حاضر با کسی زندگی میکنید که مواد مصرف میکند؟ بله ☐ خیر ☐

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

اصلاً ☐ اندکی ☐ در حد متوسط ☐ زیاد ☐ بسیار زیاد ☐

معاینه و ثبت گزارش پزشکی

مرکز درمان سوء مصرف مواد

شماره پرونده:.....

نام و نام خانوادگی بیمار:.....

الف- شرح حال مختصر بیمار:

ب- معاینه فیزیکی بیمار 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 بارگیری در طول دوره و اثر بخش بودن درمان به بیمار و خانواده وی در تاریخ / / داده شد.

نام و نام خانوادگی پزشک

دستورات پزشکی

فرم شماره چهار:

[illegible]

گزارش روان شناس

فرم شماره پنج:

[illegible]

فرم شماره شش:

ضروری است مداخله (روانشناس مرکز) نسبت به درج علت غیبت ، خروج از درمان و، ثبت حضور بیمار در جلسات خانواده درمانی و گروه درمانی، منطبق با فرم ذیل اقدام نماید.

[illegible]

فرم شماره ۷- فرم پیگیری بیمار توسط پزشک

نام و نام خانوادگی بیمار:

تاریخ شروع درمان:

شماره پرونده:

هفته	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۴	۱۶	۱۸	۲۰	۲۲	۲۴	۲۸	۳۲	۳۶	۴۰	۴۴	۴۸	۵۲
تاریخ																										
ویزیت بیمار	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
دفعات غیبت در هفته																										
آزمایش ادرار (انجام)			☐		☐	☐	☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐	☐	☐	☐		☐		☐
آزمایش ادرار (پاسخ)																										
جلسات مشاوره و آموزش	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
فرم ارزیابی دوره ای*	☐												هفته ۱۳ ☐									هفته ۳۹ ☐			هفته ۵۲ ☐	
LFT/CBC	☐												☐						☐						☐	

* فرم ارزیابی دوره ای ابتدا در بدو ورود بیمار وبعد هر سه ماه تا یک سال ودر مرحله بعدهر ۶ماه تکمیل گردد.

ردیف	ایام هفته	تاریخ تحويل دارو	میزان تحويل شربت تنتور اپيوم	امضاء و اثر انگشت	تایید پرستار
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					
۲۳					
۲۴					
۲۵					
۲۶					
۲۷					
۲۸					
۲۹					
۳۰					
۳۱					

مهر و امضای مسئول فنی مرکز

امضا پرستار

تحويل دارو به بیمار (فرم پرستار)

فرم شماره هشت:

ماه درمان:

نام و نام خانوادگی مددجو:

ردیف	ایام هفته	تاریخ تحويل دارو	میزان تحويل دارو ی متادون				امضاء و اثر انگشت بیمار	مهر و امضاء پرستار
			قرص ۵	قرص ۲۰	قرص ۴۰	شربت		
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								
۱۱								
۱۲								
۱۳								
۱۴								
۱۵								
۱۶								
۱۷								
۱۸								
۱۹								
۲۰								
۲۱								
۲۲								
۲۳								
۲۴								
۲۵								
۲۶								
۲۷								
۲۸								
۲۹								
۳۰								
۳۱								

امضا پرستار

مهر و امضای مسئول فنی مرکز

تحويل دارو به بیمار (فرم پرستار)

فرم شماره هشت:

ماه درمان:

نام و نام خانوادگی مددجو:

ردیف	ایام هفته	تاریخ تحويل دارو	میزان تحويل داروی بوپرنورفین		امضاء و اثر انگشت بیمار	مهر و امضاء پرستار
			قرص ۲MG	قرص ۴/۰		
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						
۲۱						
۲۲						
۲۳						
۲۴						
۲۵						
۲۶						
۲۷						
۲۸						
۲۹						
۳۰						
۳۱						

امضا پرستار

مهر و امضای مسئول فنی مرکز