

فرمها

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.

محل
الصاق
عکس

فرم شماره ۲- فرم ارزیابی پایه

یک- 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
- مراجع قانونی (پلیس یا دادگاه)
- سایر (مشخص کنید):

دو- تاریخچه مصرف مواد

۳- جدول تاریخچه مصرف مواد

| ردیف | نام ماده | سن در اولین بار مصرف؟ | تعداد سال- های مصرف مستمر؟ | تعداد روزهای مصرف در ماه قبل؟ | کد 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 | کراک 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 توهمزا (LSD، قارچ و ...) | | | | | | |
| ۱۷ | مواد استنشاقی (چسب، تینر و ...) | | | | | | |

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

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

(کد 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 (اُردوز مواد به بیمارستان یا مرکز درمانی مراجعه کرده اید؟ بار

سه- 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 تثبوتراپیوم | | |
| 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 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 حرفه‌ای درمان گرفته اید؟ دوره

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

- ۷- اگر بله، مجموعاً چند ماه؟ ماه

چهار - 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

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 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 اچسویوی 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 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 | افکار جدی خودکشی داشته اید؟ | | | |
| ۷ | اقدام به خودکشی کرده اید؟ | | | |

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 می کنید؟

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، از کار افتاده یا مستمری بگیر محصل، طلبه، دانشجوی سرباز خانۀ 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- بازنشستگی یا بیمه از کار افتادگی؟ تومان
- ۳- کمک مؤسسه های خیریه (کمیتۀ امداد، بهزیستی و...) تومان
- ۴- 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 (شلتر)
- زندگی در فضای بیرون (بی سرپناه) 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 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 میکنند؟ 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 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؟ | 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 | مت آمفامین (شیشه) | | | |
| ۳ | مشروبات الکلی | | | | ۱۲ | اکستیزی (قرص اکس) | | | |
| ۴ | تریاک و شیره | | | | ۱۳ | کوکائین | | | |
| ۵ | هروئین | | | | ۱۴ | داروهای آرامبخش و خواب آور | | | |
| ۶ | کراک هروئین | | | | ۱۵ | استروئیدهای آنابولیک | | | |
| ۷ | متادون غیرقانونی | | | | ۱۶ | مواد توهم زا (LSD، قارچ و ...) | | | |
| ۸ | بوپرنورفین غیرقانونی | | | | ۱۷ | مواد استنشاقی (چسب، تیتر و ...) | | | |
| ۹ | نورجریک، تمجریک... | | | | * کُد روش مصرف: خوراکی=۱ / مشامی=۲ / استنشاقی=۳ / تزریق غیر وریدی=۴ / تزریق 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

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

۹- 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

۱۰- 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

۱۵- جدول غربالگری مشکلات روانپزشکی

| ردیف | سؤال | ماه 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 بیقراری 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 خسوت) | 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"/> | |

۱۶- 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، دانشجو یا سرباز خانه دار

دارای درآمد بدون کار بیکار

۱۷- 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 کارافتادگی؟ تومان

۳- کمک مؤسسه‌های خیریه (کمیته 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 غیرموجه سرکار نرفته اید؟ روز

۲۰- 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..... :

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

با خانواده با دوستان یا همکاران تنها سایر مشخص
کنید.....

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

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

اصلاً اندکی در حد متوسط زیاد بسیار زیاد

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

اصلاً اندکی در حد متوسط زیاد بسیار زیاد

