

فرم اطلاعات پایه

نام و نام خانوادگی بیمار:.....

شماره پرونده:.....

فرزند:.....

آدرس:.....

تلفن تماس:.....

تاریخ مصاحبه: / /

مصاحبه کننده:.....

سمت:.....

معیارهای ورود به درمان:

۱- مصرف تزریقی (۱ 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 سابقه مصرف

۸- اختلالات شخصیت کلاستر B

۹-

امضاء

پرستار

مددکار

روان شناس

مسئول فنی

روانپزشک

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

اطلاعات دمو گرافیک

۱- جنس: ۱- مذکر ۲- مونث

۲- چند سال دارید؟.....

۳- وضعیت کنونی زناشویی شما چگونه است؟

۱- در حال حاضر متاهل هستم.

۲- متارکه کرده ام (ولی هنوز طلاق نگرفته ام و متاهل هستم).

۳- بیوه هستم (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده ام).

۴- طلاق گرفته ام (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده ام).

۵- هیچگاه ازدواج نکرده ام.

۴- وضعیت سکونت شما در حال حاضر چگونه است؟

۱- در منزل شخصی خود (یا منزلی که متعلق به خانواده ام است).

۲- خانه یا آپارتمان اجاره ای

۳- مکان ثابتی ندارم

۴- سایر موارد (مشخص کنید).....

۵- وضعیت شغلی شما در طی سه ماه اخیر چگونه بوده است؟

۱- تمام وقت (حداقل ۵ روز کار در هفته روزی ۸ ساعت)

۲- پاره وقت منظم

۳- پاره وقت نامنظم

۴- محصل (وطلبه، دانشجو، سرباز)

۵- خانه دار

۶- بازنشسته، ازکارافتاده یا مستمری بگیر

۷- دارای درآمد بدون کار

۸- بیکار

۶- میزان تحصیلات

۱- بی سواد

۲- ابتدائی

۳- راهنمائی

۴- دبیرستان

۵- تحصیلات عالی

تاریخچه مصرف و درمان مواد افیونی

- ۱- هنگامی که برای اولین بار از مواد افیونی غیر مجاز (مانند هروئین ، تریاک، شیره، مورفین ، کدئین ، بوپرونورفین) استفاده کردید چند ساله بودید؟
- ۲- از چند سال پیش مصرف مواد در شما بشکل مصرف هرروزه یا اعتیاد در آمد؟
- ۳- در چه سنی مصرف تزریقی مواد را شروع کردید؟
- ۴- مصرف انواع مختلف مواد در ماه گذشته و طول عمر و راه مصرف:

نوع ماده	سن شروع	تعداد روزهای مصرف در ماه گذشته	مصرف در طی عمر (سال)	راه مصرف(طبق کد های ذکر شده در پائین جدول)
۴,۱ سیگار				
۴,۲ حشیش				
۴,۳ الکل				
۴,۴ تریاک				
۴,۵ هروئین				
۴,۶ شیره				
۴,۷ کوکائین				
۴,۸ مواد توهم زا				
۴,۹ مواد استنشاقی				
۴,۱۰ آفتامین ها				
۴,۱۱ داروهای آرامبخش				
۴,۱۲ استروئید های آنابولیک				
۴,۱۳ متادون غیر قانونی				
۴,۱۴ بیش از یک ماده در روز				

راه مصرف

خوراکی = ۱ مشامی = ۲ تدخین = ۳ تزریق غیر وریدی = ۴ تزریق وریدی = ۵ هیچوقت استفاده نکرده = ۶

۵- در ماه گذشته هزینه مواد مخدر شما بطور متوسط روزانه چقدر بوده است؟

تاریخچه اقدامات درمانی / قضائی

- ۱- تا بحال چند بار اقدام به درمان اعتیاد داشته اید؟
بار
- ۲- چه روشهایی برای درمان طبی شما استفاده شده است؟
 - با داروهای شناخته شده تحت نظارت پزشک بار
 - با داروهای شناخته شده بدون نظارت پزشک بار
 - با داروی دست ساز بار
 - سایر موارد بار
 -
- ۳- طولانی ترین زمانی که از مصرف ماده مخدر دور بوده اید چه مدت بوده است؟
- ۴- دلیل مصرف دوباره مواد چه بوده است؟
- ۵- دلیل اقدام به درمان در وضعیت فعلی چیست؟
- ۶- آیا سابقه بیماری روانپزشکی یا مصرف داروهای روانپزشکی دارید؟
 - خیر
 - بلی مشخص کنید:.....
- ۷- آیا از بیماری مزمن طبی که با زندگی معمول شما تداخل داشته باشد رنج می برید؟
 - خیر
 - بلی مشخص کنید:.....
- ۸- آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟
 - خیر
 - بلی مشخص کنید:.....
- ۹- آیا به داروئی حساسیت دارید؟
 - خیر
 - بلی مشخص کنید:.....
- ۱۰- آیا سابقه زندان یا بازداشت دارید؟
 - خیر
 - بلی مشخص کنید: چند بار.....
 - چه مدت:.....
 - علت بازداشت یا زندانی شدن:.....