

فرم تشخیص ثبات رفتاری بیمار

فرم شماره ۱۱-۱

مرکز درمان سوء مصرف مواد

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

تاریخ ورود به درمان:

تاریخ:		تاریخ:		تاریخ:		شرح
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	آیا بیمار؟
						آزمایش هفتگی مورفین ، آمفتامین و مت آمفتامین ادرار منفی است؟
						غیبت از درمان ندارد و متادون را بدون وقفه مصرف می کند؟
						در جلسات مشاوره یا روان درمانی فردی یا گروهی حضور فعال و منظم دارد؟
						مقررات مرکز درمانی را رعایت می کند؟
						افکار و اقدامات خودکشی و خودزنی دارد؟
						مسمومیت و بیش مصرفی برای وی اتفاق می افتد؟
						مصرف مواد مخدر سنگین (کراک ، هرویین ، تریاک و شیشه) دارد؟

*** توضیحات: شرایط ثبات رفتاری: سوال ۱ الی ۴ جواب بله و سوال ۵ الی ۷ جواب خیر باشد.

تاریخ، مهر و امضا پزشک:

تاریخ، مهر و امضا روانشناس: