مرکز درمان سوء مصرف مواد..... **جدول مراجعات واقدامات تشخیصی – درمانی در طی دوره سم زدائی** **(فرم شماره۱۴)**

نام ونام خانوادگی بیمار: ..... نتیجه آزمون بیمار : پیش آزمون..... ... تاریخ انجام آزمون / /

شماره پرونده:..... پس آزمون ..... تاریخ انجام آزمون / /

تاریخ آغاز درمان: / / تاریخ انجام آموزش پیشگیری ازآسیب برای بیمار / / تحویل برگه آموزشی : بلی ☐ خیر ☐

تاریخ خاتمه/انصراف از درمان: / / تاریخ ارجاع به کلینیک رفتار پرخطر / / تاریخ تحویل : / /

زمان پس از شروع درمان (روز)	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
تاریخ مراجعه / اقدامات تشخیصی ودرمانی انجام شده	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ویزیت پزشک	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ویزیت روانشناس	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ویزیت مددکار	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ویزیت پرستار	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
گروه درمانی								○							○							○	○	○	○	○	○
مشاوره تلفنی																										
خانواده درمانی	○							○							○											
پیگیری مراجعات بیمار																										
نتیجه تست مورفین (+ یا-)	○											○			○											
آزمایشهای روتین(LFT و CBC)	○											○														