

فرم تشخیص ثبات رفتاری بیمار

فرم شماره ۱-۱۱

مرکز درمان سوء مصرف مواد

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

تاریخ ورود به درمان:

آیا بیمار؟	بلی	خیر	تاریخ	مهر و امضاء مسئول فنی
مصرف مواد مخدر سنگین (کراک ، هرویین ، تریاک و شیشه) ندارد؟				
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؟				
افکار و اقدامات خودکشی و خودزنی ندارد؟				
مسمومیت و بیش مصرفی برای وی اتفاق نمی افتد؟				
مقررات مرکز درمانی را رعایت می کند؟				