

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:

مهر و امضاء مسئول فنی	تاریخ	خیر	بلی	آیا بیمار؟
				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؟