

شماره پرونده

مرکز درمان سوء مصرف مواد

نام مرکز

MMT

نام و نام خانوادگی بیمار: .....

شماره پرونده: .....

تلفن: .....

## فرم شماره ۱ - تعهدنامه درمان

تاریخ: .....

اینجانب: ..... فرزند: ..... شماره شناسنامه: ..... به نشانی و

شماره تلفن: ..... که از تاریخ: .....

تحت درمان سوء مصرف مواد افیونی در مرکز درمانی ..... قرار گرفته ام می شوم تمام موارد که در بند ۸ ذیل ذکر شده را کاملاً رعایت کنم در صورت نقص هر یک از موارد مرکز مجاز خواهد بود بر اساس قوانین و رأی کمیسیون درمانی با من برخورد قانونی نماید.

۱- مرجع تصمیم گیرنده در خصوص روش درمان و نحوه مصرف دارو و اعضای کلینیک (شامل روانپزشک، پزشک، روانشناس، پرستار و سایر پرسنل درمانی درمانگاه) می باشد و پیروی از هرگونه توصیه و پیشنهادی که توسط بیماران (به غیر از مسئولین گروه اطلاع رسانی و خودیاری) یا سایر افراد ارایه شود غیرمجاز و خطرناک خواهد بود.

۲- مراجعه به درمانگاه جهت گرفتن وقت پذیرش ویزیت های پزشکی، شرکت در جلسات درمانی (شامل گروه درمانی، روان درمانی فردی و خانوادگی) اطلاع رسانی، خودیاری، آزمایش خون و ادرار گرفتن یا خوردن دارو یا سایر مداخلات درمانی مستلزم رعایت انضباط، نظم و ترتیب بوده و همه افراد موظف به رعایت آن خواهند بود.

۳- رعایت بهداشت و پاکیزگی درمانگاه الزامیست و هرگونه رفتار مغایر آن نظیر انداختن آب دهان، ته سیگار، لیوان مصرف شده و همچنین استعمال سیگار در فضای درمانگاه ممنوع است.

۴- هرگونه درگیری کلامی و فیزیکی با پرسنل درمانگاه یا سایر بیماران ممنوع است و با متخلفین برخورد خواهد شد.

۵- خرید و فروش متادون، هر نوع دارو، هرگونه موادمخدر، هر نوع ماده شیمیایی یا اجناس دیگر در درمانگاه و محوطه اطراف آن غیر قانونی است و فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان، مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

۶- ایجاد هرگونه مزاحمت برای پرسنل درمانگاه، بیماران و خانواده ها یا همراهان غیرمجاز بوده و متخلف برابر قوانین برخورد خواهد شد.

۷- هرگونه شکایت یا اعتراض به نحوه درمان یا طرز رفتار پرسنل درمانگاه یا سایر بیماران می بایست کتباً به مسئول فنی مرکز ارایه گردد، قطعاً مرکز موظف است به این شکایت رسیدگی و نتیجه را به بیمار منعکس نماید.

۸- ارایه هرگونه اطلاعات غلط ابهام انگیز و بدون مشارکت با واحد اطلاع رسانی، ارایه توصیه درمانی، تجویز دارو، پیشنهاد مصرف دارو یا دادن دارو به بیماران، خانواده های بیماران یا سایر مراجعان به درمانگاه به هیچ وجه جایز نبوده و به دلیل به وجود آمدن خطرات جسمی - روانی و حتی جانی، فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان، مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

امضاء یا اثر انگشت

نام و نام خانوادگی مراجع

## فرم شماره ۲ فرم اطلاعات پایه

<p>۴- وضعیت سکونت شما در حال حاضر چگونه است؟</p> <p>۱- در منزل شخصی خود (یا منزلی که متعلق به خانواده ام است)</p> <p>۲- خانه یا آپارتمان اجاره ای</p> <p>۳- مکان ثابتی ندارم</p> <p>۴- سایر موارد (مشخص کنید) .....</p>	<p>نام و نام خانوادگی: .....</p> <p>فرزند: .....</p> <p>آدرس: .....</p> <p>تلفن تماس: .....</p> <p>تاریخ مصاحبه: .....</p> <p>مصاحبه کننده: .....</p> <p>سمت: .....</p>
---	---

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 دموگرافیک

- ۱- جنس:  مذکر  مؤنث      ۲- چند سال دارید؟ .....
- ۳- وضعیت کنونی زناشویی شما چگونه است؟
  - ۱- در حل حاضر متأهل هستم.
  - ۲- متارکه کرده ام (ولی هنوز طلاق نگرفته ام و متأهل 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- محصل، طلبه، دانشجو، سرباز
- ۵- خانه دار
- ۶- باز نشسته، از کار افتاده یا مستمری بگیر
- ۷- دارای درآمد بدون کار      ۸- بیکار
- ۶- میزان تحصیلات
  - ۱- بی سواد
  - ۲- ابتدایی
  - ۳- راهنمایی
  - ۴- دبیرستان
  - ۵- تحصیلات عالی

### تاریخچه اقدامات درمانی / قضایی

- ۱- تا بحال چند بار اقدام به درمان اعتیاد داشته اید؟ .....
- ۲- چه روش هایی برای درمان طبی شما استفاده شده است؟
  - با داروی شناخته شده تحت نظارت پزشک .....
  - با داروی شناخته شده بدون نظارت پزشک .....
  - با داروی دست ساز .....
  - سایر موارد .....
- 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 دارویی حساسیت دارید؟
- ۱۰- آیا سابقه زندان یا بازداشت دارید؟
 

خیر       بلی، مشخص کنید چند بار .....
- علت بازداشت یا زندانی شدن .....

### تاریخچه مصرف و درمان افیونی

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

نوع ماده	سن شروع	روزهای مصرف در ماه گذشته	مصرف در طی عمر (سال)	راه مصرف
----------	---------	--------------------------	----------------------	----------

- 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 آرام بخش
- ۴-۱۲- استروئیدهای آنابولیک
- ۴-۱۳- متادون غیرقانونی
- ۴-۱۴- بیش از یک ماده در روز

راه مصرف: خوراکی = ۱      مشامی = ۲      تلخین = ۳      تزریق غیر وریدی = ۴      تزریق وریدی = ۵      هیچ وقت استفاده نکرده = ۶

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

### فرم شماره ۳

## Maudsley Addiction Profile

### الف - اطلاعات کلی

نام و نام خانوادگی:

نام مصاحبه گر:

نام درمانگاه: مرکز درمان سوء مصرف مواد .....

تاریخ مصاحبه:

### ت - سلامتی

ت.۱. سلامت جسمی

در ۳۰ روز گذشته، چند وقت یکبار هر یک از مشکلات زیر را داشته اید؟

هرگز = ۰ به ندرت = ۱ گاهی اوقات = ۲ اغلب = ۳ همیشه = ۴

الف. بی اشتها	
ب. خستگی / ضعف	
ج. تهوع	
د. درد معده	
ه. تنفس مشکل	
و. درد قفسه سینه	
ز. درد مفصل / استخوان	
ح. درد ماهیچه	
ط. کرختی / مور مور شدن	
ی. لرزش	

ت.۲. سلامت روانی

در ۳۰ روز گذشته، هر چند وقت یکبار هر یک از تجربیات یا احساسات زیر را داشته اید؟

هرگز = ۰ به ندرت = ۱ گاهی اوقات = ۲ اغلب = ۳ همیشه = ۴

الف. احساس تنش	
ب. وحشت زدگی بدون دلیل	
ج. احساس نگرانی	
د. عصبانیت یا لرزش درونی	
ه. حمله های وحشت یا هول	
و. احساس نومیدی	
ز. احساس بی ارزشی	
ح. احساس بی علاقه به همه چیز	
ط. احساس تنهایی	
ی. افکار خودکشی	

### ث - عملکرد فردی و اجتماعی

ث.۱ - ارتباط های فردی

الف. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز با اعضای خانواده زندگی کرده اید؟

ب. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند بار با اعضای خانواده مشکل داشته اید؟

ث.۲ - شغل

الف. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز حقوق گرفته اید؟

ب. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیر موجه سرکار نرفته اید؟

ج. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز بیکار بوده اید؟

### ج - جرم و جنایت

ج.۱. آیا در عرض ۳۰ روز گذشته، جرمی (فروش مواد، جعل اسناد، سرقت،

خشونت و...) انجام داده اید؟  بلی  خیر

ج.۲. در عرض ۳۰ روز گذشته، در مجموع چند بار جرم مرتکب شده اید؟

### ب - سوء مصرف مواد

نوع مواد	روزهای مصرف در ۳۰ روز گذشته	میزان مصرف در یک روز معمولی	طریقه مصرف
ب.۱- تریاک			
ب.۲- هروئین			
ب.۳- حشیش			
ب.۴- کدئین			
ب.۵- آمفتامین ها (شامل اکستسی)			
ب.۶- بنزودیازپین ها			
ب.۷- الکل			
ب.۸- مواد دیگر (مشخص کنید)			
ب.۹- آیا در ماه گذشته بیش مصرف مواد (overdose) داشته اید؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی			
در صورت مثبت بودن پاسخ، چند بار؟			

### پ - رفتارهای پرخطر

پ.۱- در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز تزریق مواد داشته اید؟

پ.۲- در عرض ۳۰ روز گذشته، در یک روز معمولی چند بار تزریق داشته اید؟

پ.۳- در عرض ۳۰ روز گذشته، چند بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد

دیگری از آن استفاده کرده بود، (سرنگ، سوزن، پنبه، فیلتر، ملاقه، آب)

تزریق داشته اید؟

پ.۴- در عرض ۳۰ روز گذشته، چند بار ارتباط جنسی بدون کاندوم

داشته اید؟

پ.۵- در عرض ۳۰ روز گذشته، چند بار ارتباط جنسی با استفاده از

کاندوم یا بدون استفاده از آن داشته اید؟



فرم شماره ۵

فرم پیگیری بیمار توسط پزشک

شماره پرونده:

تاریخ شروع درمان:

نام و نام خانوادگی بیمار:

هفته	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۴	۱۶	۱۸	۲۰	۲۲	۲۴	۲۸	۳۲	۳۶	۴۰	۴۴	۴۸	۵۲	
تاریخ																											
ویزیت بیمار	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
دفعات غیبت در هفته برای دریافت متادون																											
آزمایش ادرار (انجام)		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
آزمایش ادرار (باصخ)																											
MAP	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>				<input type="radio"/>				<input type="radio"/>						<input type="radio"/>							<input type="radio"/>	
جلسات مشاوره و آموزش	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LFT/CBC	<input type="radio"/>												<input type="radio"/>													<input type="radio"/>	

## فرم شماره 6

### فرم تنظیم دوز متادون توسط پزشک

نام بیمار: \_\_\_\_\_ نام پزشک معالج: \_\_\_\_\_ تاریخ شروع درمان: \_\_\_\_\_

تاریخ	دوز متادون	مهر و امضاء	تاریخ	دوز متادون	مهر و امضاء
/1			/17		
/2			/18		
/3			/19		
/4			/20		
/5			/21		
/6			/22		
/7			/23		
/8			/24		
/9			/25		
/10			/26		
/11			/27		
/12			/28		
/13			/29		
/14			/30		
/15			/31		
/16					

وضعیت بیمار از لحاظ take home :

نام بیمار: \_\_\_\_\_ نام پزشک معالج: \_\_\_\_\_ تاریخ شروع درمان: \_\_\_\_\_

تاریخ	دوز متادون	مهر و امضاء	تاریخ	دوز متادون	مهر و امضاء
/1			/17		
/2			/18		
/3			/19		
/4			/20		
/5			/21		
/6			/22		
/7			/23		
/8			/24		
/9			/25		
/10			/26		
/11			/27		
/12			/28		
/13			/29		
/14			/30		
/15			/31		
/16					

وضعیت بیمار از لحاظ take home :

## مصاحبه روانشناختی

تاریخ: .....

نام بیمار: .....

شکایت اصلی:

تاریخچه اختلال اعتیاد:

سابقه شخصی و خانوادگی: (شرح حال مقاطع مختلف زندگی فرد - مسایل هیجانی و جسمی - مشکلات جنسی - سابقه تحصیلی و شغلی - نگرش مذهبی یا معنوی - وضعیت اقتصادی - روابط و فعالیتهای اجتماعی - شرایط محیط زندگی - مشکلات قانونی - مشکلات خانوادگی و ...)

نظریه نهایی و نکات قابل ملاحظه از نظر روانشناس:





## فرم مددکاری

غالب:

نوع ماده مصرفی  
فرعی:

تاریخ:

نام بیمار:

مدت اعتیاد:

میزان مصرف روزانه:

شیوه مصرف:

سابقه درمان اعتیاد: (تعداد دفعات ترک و مدت آنها - علت شکست درمان یا عود در ترک های قبلی)

سابقه شغلی و میزان درآمد ماهانه:

سابقه شغلی و رابطه آن با اعتیاد فرد:

سابقه خانوادگی: (متأهل یا مجرد یا طلاق گرفته یا ... - اعضای خانواده و رابطه مراجع با آنان - آیا جدال های خانوادگی دارد؟ آیا خانواده از نوع اعتیاد فرد آگاه هستند؟ نوع برخورد آنها با اعتیاد چگونه است؟ و ...)



### نسخه تحویل دارو

امضا و اثر انگشت مددجو	میزان تحویل داروی متادون				تاریخ تحویل دارو	نام و نام خانوادگی مددجو	ردیف
	شربت	قرص ۴۰	قرص ۲۰	قرص ۵			

مهر و امضای مسئول فنی مرکز

### نسخه تحویل دارو

امضا و اثر انگشت مددجو	میزان تحویل داروی بوپر نورفین			تاریخ تحویل دارو	نام و نام خانوادگی مددجو	ردیف <sup>۱</sup>
	سابوکسان	قرص ۴	قرص ۲			

مهر و امضای مسئول فنی مرکز

---

<sup>۱</sup> توضیح اینکه پس از تحویل دارو از معاونت غذا و دارو اولین بیمار مراجعه کننده ردیف ۱ خواهد بود و تا پایان اتمام دارو ادامه شماره گذاری انجام خواهد شد. به عنوان مثال ۱۰ روز پس از گذشت پذیرش بیماران، بیماری با شماره ۱۷۹ در نسخه تحویل دارو و همان بیمار با شماره ۱۷۹ در دفتر ثبت داروهای مخدر ثبت خواهد شد.

نکته: هنگام تحویل دارو از معاونت غذا و دارو نسخ یک ماهه بیماران به همراه دفتر مذکور به معاونت غذا و دارو ارائه می گردد.