

## تعهد نامه درمان

تاریخ .....

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه / ملی .....

به نشانی .....

و شماره تلفن ..... که از تاریخ ..... / ..... / ..... تحت درمان سوء مصرف مواد افیونی در مرکز درمان سوء مصرف مواد ..... قرار گرفته‌ام ، متعهد می‌شوم تمام مواردی که در بندهای ذیل ذکر شده را کاملاً رعایت کنم . در صورت نقض هر یک از موارد، مرکز مجاز خواهد بود بر اساس قوانین و رأی کمیسیون درمانی با من برخورد کند و مسؤولیت هرگونه برخورد قانونی و اخراج از درمان بر عهده اینجانب خواهد بود .

۱- مرجع تصمیم‌گیرنده در خصوص روش درمان و نحوه مصرف دارو ، اعضای گروه درمانی مرکز (شامل روانپزشک ، پزشک ، روانشناس، پرستار و سایر پرسنل درمانی مرکز ) می‌باشند و پیروی از هرگونه توصیه و پیشنهادی که توسط بیماران ( به غیر از مسؤولین گروه اطلاع‌رسانی و خودیاری ) یا سایر افراد ارائه شود ، غیر مجاز و خطرناک خواهد بود .

۲- مراجعه به مرکز جهت گرفتن وقت پذیرش ، ویزیت‌های پزشکی ، شرکت در جلسات روان‌درمانی (شامل گروه‌درمانی، روان‌درمانی فردی و خانوادگی ) ، اطلاع‌رسانی ، 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 مرکز الزام است و هرگونه رفتار مغایر با آن ، نظیر انداختن آب دهان ، ته سیگار ، لیوان مصرف شده و همچنین ، استعمال سیگار در فضای مرکز ممنوع است .

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

۵- خرید و فروش متادون، هر نوع دارو ، هرگونه مواد مخدر ، هر نوع ماده شیمیایی یا اجناس دیگر در مرکز 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 مرکز ، بیماران و خانواده‌ها یا همراهان غیرمجاز بوده و با متخلف برابر قوانین برخورد خواهد شد.

۷- هرگونه شکایت یا اعتراض نسبت به نحوه درمان یا طرز رفتار پرسنل مرکز یا سایر بیماران می‌بایست کتباً به مسؤل فنی مرکز ارائه گردد . قطعاً مرکز موظف است به این شکایات رسیدگی، و نتیجه را به بیمار منعکس نماید.

۸- ارائه هرگونه اطلاعات غلط ، ابهام انگیز و بدون مشورت با واحد اطلاع‌رسانی ، ارائه توصیه درمانی ، تجویز دارو ، پیشنهاد مصرف دارو یا دادن دارو به بیماران ، خانواده‌های بیماران یا سایر مراجعان مرکز به هیچ وجه جایز نبوده و به دلیل بوجود آمدن خطرات جسمی- روانی و حتی جانی، فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان ، مورد پیگیری قانونی قرار خواهد گرفت.

نام و نام خانوادگی ضامن :

نسبت :

امضاء :

نام و نام خانوادگی بیمار :

امضاء :

## اطلاعات دموگرافیک

۱. جنس : مذکر  مونث
۲. چند سال دارید؟ .....
۳. وضعیت کنونی زناشویی شما چگونه است؟
۱. در حال حاضر متأهل هستم
- ( تعداد فرزندان : پسر  دختر  )
۲. متارکه کرده‌ام ( ولی هنوز طلاق نگرفته و متأهل هستم )
۳. بیوه هستم ( در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام )
۴. طلاق گرفته‌ام ( در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام )
۵. هیچگاه ازدواج نکرده‌ام
۴. وضعیت سکونت شما در حال حاضر چگونه است؟
۱. در منزل شخصی خود ( یا منزلی که متعلق به خانواده‌ام است )
۲. خانه یا آپارتمان اجاره‌ای
۳. مکان ثابتی ندارم
۴. سایر موارد (مشخص کنید).....
۵. وضعیت شغلی شما در طی سه ماه اخیر چگونه بوده است؟
۱. تمام وقت ( حداقل ۵ روز کار در هفته، روزی ۸ ساعت )
۲. پاره وقت منظم
۳. پاره وقت نامنظم
۴. محصل ( طلبه، دانشجو، سرباز )
۵. خانه‌دار
۶. بازنشسته، از کار افتاده یا مستمری بگیر
۷. دارای درآمد بدون کار
۸. بیکار
۶. میزان تحصیلات
۱. بی‌سواد
۲. ابتدایی
۳. راهنمایی
۴. دبیرستان
۵. تحصیلات عالی

## تاریخچه مصرف و درمان مواد افیونی

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

نوع ماده	سن شروع	تعداد (روزهای مصرف در ماه گذشته)	مصرف در طی عمر (سال)	راه مصرف (طبق کدهای ذکر شده در پایین جدول)
سیگار				
حشیش				
الکل				
تریاک				
هروئین				
شیره				
کراک				
مواد توهم‌زا				
مواد استنشاقی				
آمفتامین‌ها				
داروهای آرام‌بخش				
استروئیدهای آنابولیک				
متادون غیرقانونی				
بیش از یک ماده در روز				

راه مصرف: خوراکی = ۱ / مشامی = ۲ / تدخینی = 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؟ .....

## تاریخچه اقدامات درمانی / قضایی

۱. تا به حال چند بار اقدام به درمان اعتیاد داشته‌اید؟ ..... بار

۲. چه روش‌هایی برای درمان طبی شما استفاده شده است؟

- با داروی شناخته شده تحت نظارت پزشک ..... بار

- با داروی شناخته شده بدون نظارت پزشک ..... بار

- با داروی دست‌ساز ..... بار

- سایر موارد ..... بار

۳. طولانی‌ترین زمانی که از مصرف ماده مخدر دور بوده‌اید، 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 می‌برید؟

خیر

بلی  مشخص کنید .....

۸. آیا داروی خاصی مصرف می‌کنید؟

خیر

بلی  مشخص کنید .....

۹. آیا به دارویی حساسیت دارید؟

خیر

بلی  مشخص کنید .....

۱۰. آیا سابقه زندان یا بازداشت دارید؟

خیر

بلی

چند بار؟ ..... بار

چه مدت؟ .....

علت بازداشت یا زندانی شدن .....

## پرسشنامه طرح اعتیاد مادزلی (MAP) Maudsley Addiction Profile

الف. اطلاعات کلی

نام بیمار : .....

نام خانوادگی بیمار : .....

نام و نام خانوادگی مصاحبه گر : .....

نام مرکز .....  
.....

تاریخ مصاحبه : / /

ب. سوء مصرف مواد

نام ماده مفدر	روزهای مصرف ( ۳۰ روز گذشته )	میزان مصرف در یک روز معمولی	طریقه مصرف
تریاک			
شیره			
هروئین			
حشیش			
کدئین کراک			
آمفتامین ها ( اکستیزی و ... )			
بنزودیازپین ها			
الکل			
مواد دیگر : .....			

آیا در ماه گذشته بیش مصرف مواد (overdose) داشته‌اید؟

خیر بلی ..... بار پ. رفتارهای پرخطر

پ ۱. در عرض ۳۰ روز گذشته ، چند روز تزریق مواد داشته‌اید؟ ..... روز

پ ۲. در عرض ۳۰ روز گذشته، در یک روز معمولی ، چند بار تزریق داشته‌اید؟ ..... بار

پ ۳. در عرض ۳۰ روز گذشته ، چند بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد دیگری از آن استفاده کرده بود ( نظیر سرنگ ، سوزن

، پنبه ، فیلتر ، ملاقه ، آب ) تزریق داشته‌اید؟ ..... بار

پ ۴. در عرض ۳۰ روز گذشته ، چند بار ارتباط جنسی بدون استفاده از کاندوم داشته‌اید؟ ..... بار

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

### \* سلامت جسمی

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

- |   |              |                          |                          |                 |                          |
|---|--------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| ۰ | * هرگز       | و. درد قفسه سینه         | <input type="checkbox"/> | الف. بی‌اشتهایی | <input type="checkbox"/> |
| ۱ | * به ندرت    | ز. درد مفصل / استخوان    | <input type="checkbox"/> | ب. خستگی / ضعف  | <input type="checkbox"/> |
| ۲ | * گاهی اوقات | ح. درد ماهیچه            | <input type="checkbox"/> | ج. تهوع         | <input type="checkbox"/> |
| ۳ | * اغلب       | ط. کمر ختی / مور مور شدن | <input type="checkbox"/> | د. درد معده     | <input type="checkbox"/> |
| ۴ | * همیشه      | ی. لرزش                  | <input type="checkbox"/> | ه. تنفس مشکل    | <input type="checkbox"/> |

### \* سلامت روانی

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

- |  |                               |                          |                          |                          |
|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | و. احساس نومییدی              | <input type="checkbox"/> | الف. احساس تنش           | <input type="checkbox"/> |
|  | ز. احساس بی‌ارزشی             | <input type="checkbox"/> | ب. وحشت‌زدگی بدون دلیل   | <input type="checkbox"/> |
|  | ح. احساس بی‌علاقگی به همه چیز | <input type="checkbox"/> | ج. احساس نگرانی          | <input type="checkbox"/> |
|  | ط. احساس تنهایی               | <input type="checkbox"/> | د. عصبانیت یا لرزش درونی | <input type="checkbox"/> |
|  | ی. افکار خودکشی               | <input type="checkbox"/> | ه. حمله‌های وحشت یا هول  | <input type="checkbox"/> |

### ث. عملکرد فردی و اجتماعی

#### \* ارتباط‌های فردی

ث ۱. در عرض ۳۰ روز گذشته ، چند روز با اعضای خانواده زندگی کرده‌اید؟ ..... روز

ث ۲. در عرض ۳۰ روز گذشته ، چند بار با اعضای خانواده مشکل داشته‌اید؟ ..... بار

#### \* شغل

ث ۳. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز حقوق گرفته‌اید؟ ..... روز

ث ۴. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفته‌اید؟ ..... روز

ث ۵. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز بیکار بوده‌اید؟ ..... روز

#### \* جرم و جنایت

ث ۶. آیا در عرض ۳۰ روز گذشته، جرمی (فروش مواد، کلاهبرداری / جعل اسناد ، سرقت ، خشونت، ...) انجام داده‌اید؟

خیر

بله

ث ۷. در عرض ۳۰ روز گذشته، در مجموع چند بار جرم مرتکب شده‌اید؟ ..... بار











# مرکز آموزشی درمانی شفا عرش

## درمانگاه متادون

شماره پرونده:

حرف اول اسم:

حرف اول و دوم فاميل:



