

چک لیست نظارت بر مراکز درمان سوء مصرف مواد و واحدهای درمان نگهدارنده با متادون

نام مرکز:

مسئول فنی مرکز:

محل اخذ مجوز مرکز:

نشانی:

رتبه واحد:

تاریخ بازدید:

تلفن مرکز:

توضیحات:

نمره نهایی مرکز:

نام و نام خانوادگی امضاء کارشناسان:

نام خانوادگی بازدید شونده :

الف - شاخه ضوابط قانونی:

نمره

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۱- آیا شرایط فیزیکی، ساختمانی و تأسیساتی مرکز منطبق با آئین نامه های مصوب می باشد؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۲- آیا ضوابط و قوانین مربوط به تابلو رعایت شده است؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۳- آیا ضوابط مربوط به پروانه مسئول فنی رعایت شده است؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۴- آیا مسئول فنی حضور فعال دارد؟ (۵)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۵- آیا روان شناس در مرکز حضور دارد؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۶- آیا پرستار در مرکز حضور دارد؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۷- آیا مددکار اجتماعی در مرکز حضور دارد؟ (برای مراکز رتبه ۱ و ۲) (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۸- آیا ساعات کار مرکز و کارکنان آن در معرض دید نصب شده است؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۹- آیا دفتر ثبت و پذیرش بیماران وجود دارد؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۱۰- آیا پرونده جهت بیماران تشکیل می شود؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۱۱- آیا کارت پیگیری درمان بموقع صادر می گردد؟ (۲)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۱۲- آیا فرم های پروتکل های درمانی در پرونده بیماران وجود دارد؟ (۲)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۱۳- آیا اصول پرونده نویسی و مستند سازی صحیح، دقیق و معتبر رعایت می گردد؟ (۴)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۱۴- آیا از تراکت غیر مجاز که جنبه تبلیغاتی گمراه کننده دارند استفاده شده است؟ (۲)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۱۵- آیا فضای سالن انتظار و تعداد صندلی ها مناسب است؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۱۶- آیا کپسول اطفاء حریق کارا یا سیستم مناسب کنترل آتش سوزی در مرکز وجود دارد؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۱۷- آیا دخانیات در مرکز استفاده می شود؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۱۸- آیا آئین نامه، پروتکل ها و بخشنامه ها در مرکز وجود دارد؟ (۲)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۱۹- آیا فرامین مکاتبه ای دانشگاه اجرا می شود؟ (۴)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۲۰- آیا تریلی اورژانس با کلیه وسایل و تجهیزات وجود دارد؟ (۳)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۲۱- آیا برای اخراج بیمار از سیستم درمان، مستندات کتبی مشخص در پرونده وجود دارد؟ (۲)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۲۲- آیا محرمانه بودن اطلاعات بیمار رعایت می شود؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۲۳- آیا بایگانی منظم آمار ماهیانه وجود دارد؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۲۴- آیا رایانه با امکان اتصال به اینترنت در مرکز وجود دارد؟ (۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۲۵- آیا مرکز در تمام ایام هفته حتی تعطیلات رسمی فعال است؟ (۳)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۲۶- آیا مرکز دارای تجهیزات لازم از جمله گاو صندوق و تجهیزات پودر کردن دارو و... می باشد؟ (۲)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۲۷- آیا متادون به صورت پودر شده و محلول به بیمار تحویل می گردد؟ (۳)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلی	۲۸- آیا بهداشت عمومی و نظافت رعایت شده است؟ (۱)

	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۲۹- آیا تعداد بیماران درمان نگهدارنده مطابق با رتبه بندی واحدها رعایت شده است؟ (۱)
--	---	--

نمره

ب- شاخه درمان دارویی

	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۳۰- آیا معیارهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون رعایت شده است؟ (۳)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۳۱- آیا شروع مرحله القاء با دوز مناسب متادون انجام گرفته شده است؟ (۲)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۳۲- آیا افزایش دوز متادون بر اساس پروتکل (سه روز اول ثابت بعد حداکثر ۱ روز در میان ۱۰ - ۵ میلی گرم) انجام گرفته است؟ (۲)
		۳۳- تعداد ویزیت پزشک در دو هفته آغاز درمان نگهدارنده (حداقل ۷ ویزیت) (۷) بدون ویزیت <input type="checkbox"/> (۰) یک ویزیت <input type="checkbox"/> (۱) دو ویزیت <input type="checkbox"/> (۲) سه ویزیت <input type="checkbox"/> (۳) چهار ویزیت <input type="checkbox"/> (۴) پنج ویزیت <input type="checkbox"/> (۵) شش ویزیت <input type="checkbox"/> (۶) هفت ویزیت <input type="checkbox"/> (۷)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۳۴- حداقل یکبار ویزیت در هفته (از هفته سوم) تا هفته ۱۲ درمان نگهدارنده (۲)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۳۵- حداقل هر ۲ هفته یک ویزیت از هفته ۱۲ تا ۲۴ درمان نگهدارنده (۱)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۳۶- حداقل یک ویزیت در ماه پس از هفته ۲۴ در درمان نگهدارنده (۱)
		۳۷- تعداد ویزیت روان شناس در دوره درمان نگهدارنده (۳) بدون ویزیت <input type="checkbox"/> (۰) یک ویزیت <input type="checkbox"/> (۱) دو ویزیت <input type="checkbox"/> (۲) ویزیت هفتگی <input type="checkbox"/> (۳)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۳۸- آیا مصرف متادون در درمان نگهدارنده، روزانه و تحت نظارت پرستار انجام می گیرد؟ (۳)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۳۹- آیا نتیجه تست مورفین در درمان نگهدارنده در پرونده ذکر شده است؟ (۲)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۴۰- آیا نوع و تعداد داروهای تجویز شده در درمان نگهدارنده در فرم ویزیت پزشک ذکر شده است؟ (۱)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۴۱- آیا دوز متادون در مرحله نگهدارنده در بیماران تزریقی بین ۶۰ تا ۱۲۰ میلی گرم است؟ (۳)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۴۲- آیا نتیجه تست مورفین در درمان سم زدایی با بوپره نورفین در پرونده ذکر شده است؟ (۲)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۴۳- آیا نوع و تعداد داروهای تجویز شده در درمان سم زدایی با بوپره نورفین در پرونده ذکر شده است؟ (۱)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۴۴- آیا مدت زمان سم زدایی با بوپره نورفین مطابق با پروتکل رعایت شده است؟ (۲)
		۴۵- تعداد ویزیت پزشک در دوره درمان با نالتراکسون (حداقل ۱۰ ویزیت) (۵) بدون ویزیت <input type="checkbox"/> (۰) یک ویزیت <input type="checkbox"/> (۰/۵) دو ویزیت <input type="checkbox"/> (۱) سه ویزیت <input type="checkbox"/> (۱/۵) ۴ ویزیت <input type="checkbox"/> (۲) ۵ ویزیت <input type="checkbox"/> (۲/۵) ۶ ویزیت <input type="checkbox"/> (۳) ۷ ویزیت <input type="checkbox"/> (۳/۵) ۸ ویزیت <input type="checkbox"/> (۴) ۹ ویزیت <input type="checkbox"/> (۴/۵) ۱۰ ویزیت <input type="checkbox"/> (۵)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۴۶- آیا تست LFT چک شده است؟ (۴)

نمره

ج- شاخه دوز منزل

	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۴۷- آیا احراز هویت در دوز منزل رعایت شده است؟ (کپی شناسنامه در پرونده موجود باشد؟) (۴)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۴۸- آیا عدم تجویز دوز منزل در دو ماه اول درمان رعایت شده است؟ (۴)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۴۹- آیا دوز منزل در ماه سوم درمان، بصورت فقط روزهای آخر هفته داده شده

		است؟ (۳)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵۰- آیا دوز منزل در ماه چهارم درمان، بصورت یک روز در میان داده شده است؟ (۳)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵۱- آیا دوز منزل در ماه پنجم درمان، بصورت پنج روز در هفته داده شده است؟ (۲)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵۲- آیا دوز منزل در ماه ششم درمان به بصورت هفتگی داده شده است؟ (۲)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵۳- آیا دوز منزل بصورت محلول (حداقل در ۲۰ سی سی آب* یا پودر شده و در بسته های جداگانه به بیمار ارائه شده است؟ (۳)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵۴- آیا در صورت لغزش یا عود دوز منزل قطع شده است؟ (۲)

نمره

د- شاخه مداخلات روان شناختی

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵۵- آیا جلسه مصاحبه انگیزشی انجام شده است؟ (۳)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵۶- آیا جلسات مشاوره انفرادی انجام گرفته است؟ (۴)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵۷- آیا جلسات مشاوره خانوادگی انجام شده است؟ (۴)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵۸- آیا جلسات گروه درمانی انجام شده است؟ (۵)

نمره

ه- شاخه مددکاری (۱ و ۲):

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵۹- آیا مراجعات بیمار پیگیری شده است؟ (۳)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۶۰- آیا در مورد مسائل و مشکلات خانوادگی و شغلی بیمار، پیگیری بعمل آمده است؟ (۵)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۶۱- آیا تا به حال درمان هیچ بیماری رایگان شده است؟ (۳)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۶۲- آیا مددجویان ارجاعی (معتادین طرح جمع آوری، متکدیان معتاد، زندانی های ترخیصی، معتادین اردوگاه و...) دارای فرم معتبر ارجاع بی چون و چرا پذیرش شده و به آنها خدمات مناسب ارائه می گردد؟ (۱۰)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۶۳- مدرک تحصیلی روان شناس / کارشناس مشاوره (۲) کارشناس (۱) <input type="checkbox"/> کارشناس ارشد (۲) <input type="checkbox"/>
		۶۴- آیا دسترسی به روان پزشکی وجود دارد؟ (۵) ثابت <input type="checkbox"/> (۵) قرارداد حضوری <input type="checkbox"/> (۳) قرارداد غیرحضوری <input type="checkbox"/> (۱)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۶۵- آیا تعداد پرسنل مرکز و واحد مطابق با رتبه واحد می باشد؟ (۳)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۶۶- آیا پزشک دوره های آموزش عملی و تئوری بازآموزی طبق پروتکل را گذرانده است؟ (۳)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۶۷- آیا مسئول فنی در جلسات MMT ادواری بطور مرتب شرکت می کنند؟ (۲)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۶۸- آیا پرسنل مرکز / واحد با ناظرین / بازرسین دانشگاه، بهزیستی و دیگر ارگانهای ذیربط حین بازدید همکاری می کنند؟ (۲)

نمره

ز- شاخه امتیازهای تشویقی و نوآوری ها

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۶۹- آیا روان شناس در دوره های آموزش عملی و تئوری سوءمصرف مواد شرکت داشته است؟ (۲)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۷۰- آیا مددکار در دوره های آموزش عملی و تئوری سوءمصرف مواد شرکت داشته است؟ (۲)

	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۷۱- آیا پرستار / بهیار در دروه های آموزش عملی / تئوری سوءمصرف مواد شرکت داشته است؟ (۲)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۷۲- آیا تلویزیون ، ویدئو یا وسایل کمک آموزشی در مرکز وجود دارد؟ (۲)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۷۳- آیا برنامه های تشویقی از قبیل اردو، جشن و... برای بیماران انجام شده است؟ (۵)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۷۴- آیا پژوهشی در مرکز انجام شده است؟ (۲)
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۷۵- آیا قانون و آئین نامه مرتبط با انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس و کلیه شئون حرفه ای و اخلاقی در ارائه خدمات به مددجویان رعایت می گردد. (۱۰)