

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه/ملی ..... که  
از تاریخ ..... به علت اختلال مصرف مواد در مرکز درمانی ..... تحت درمان قرار گرفته ام  
بدین وسیله اعلام می دارم که اطلاعات لازم درباره درمان نگهدارنده با متادون و سایر گزینه های درمانی ممکن به من  
داده شده و موارد زیر مورد تأیید من قرار دارند:

۱- رضایت آگاهانه خود را برای دریافت برنامه درمان نگهدارنده با متادون ارائه شده توسط مرکز درمانی و کارکنان درمانی آن برای درمان اختلال مصرف مواد افیونی خود اعلام می نمایم. مداخلات درمان برنامه ریزی شده برای من توضیح داده شده است و من مطلع شدم که درمان من در چهارچوب مقررات و آئین نامه های درمان اختلالات مصرف مواد ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی صورت می گیرد.

۲- برای من توضیح داده شد که درمان نگهدارنده با متادون ممکن است همچون درمان های دارویی دیگر در صورتی که مطابق تجویز پزشک مصرف نشود آسیب رسان باشد. عوارض جانبی محتمل و خطرات و منافع سایر درمان های دارویی برای من توضیح داده شد.

۳- من مطلع شدم که لازم است جزئیات درمان خود را به پزشکی که به دلیل سایر مسائل طبی مرا مورد درمان قرار می دهند اطلاع دهم به این صورت که درمان گر من با آگاهی از داروهایی که مصرف میکنم، می تواند بهترین مراقبت ممکن را عرضه نماید و از تجویز داروهایی که با درمان دارویی من تداخل داشته یا سیر بهبودی مرا متأثر می کند اجتناب نماید.

۴- خطرات و عوارض مصرف مواد و سایر داروها هنگامی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستم برای من توضیح داده شد.

۵- اثر درمان نگهدارنده با متادون بر روی توانایی رانندگی و کار با ماشین آلات برای من توضیح داده شد.

۶- من مطلع شدم که میتوانم هر زمان که اراده نمایم به صورت داوطلبانه از این برنامه درمانی خارج شوم و مصرف داروهای تجویز شده را قطع نمایم. در صورتی که این گزینه را انتخاب نمایم، داروی من تحت نظارت طبی متناسب قطع خواهد شد.

۷- برای بیماران مؤنث در سنین باروری: مطلع شدم که اگر در حال حاضر باردارم، در طول درمان با این دارو باردار شدم یا در حال شیردهی هستم، باید موضوع را به درمانگر خود اطلاع دهم تا مراقبت و ارجاع متناسب برای من قابل انجام باشد.

۸- از قوانین و مقررات درمان اختلال مصرف مواد خود به شرح ذیل مطلع شدم و خود را متعهد به رعایت آنها میدانم.

الف- تصمیم گیری در خصوص روش درمان و نحوه مصرف دارو، به صورت مشترک توسط اینجانب و اعضای گروه درمانی مرکز ( شامل روان پزشک ، پزشک ، روانشناس ، پرستار و سایر کارکنان درمانی درمانگاه ) گرفته می شود و پیروی از هرگونه توصیه و پیشنهادی که توسط بیماران (به غیر اعضاء گروه خودیاری) یا سایر افراد ارائه شود ، غیرمجاز و خطرناک خواهد بود.

ب- مراجعه به مرکز درمانی جهت دریافت خدمات عرضه شده مستلزم رعایت انضباط ، نظم و ترتیب بوده و همه افراد موظف به رعایت آن خواهند بود.

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

ت- هرگونه درگیری کلامی و فیزیکی با کارکنان مرکز یا سایر بیماران و حمل سلاح های سرد ممنوع است و با متخلفان برابر قوانین برخورد خواهد شد.

ث- خرید و فروش متادون ، بوپرنورفین یا هر نوع دارو ، هرگونه مواد مخدر ، هر نوع ماده شیمیایی یا اجناس دیگر در مرکز درمانی و محوطه اطراف آن غیرقانونی است و فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

ج- ایجاد هرگونه مزاحمت برای کارکنان مرکز ، بیماران و خانواده ها یا همراهان غیر مجاز بوده و با متخلف برابر مقررات مرکز و قوانین برخورد خواهد شد.

چ- هرگونه شکایت یا اعتراض نسبت به نحوه درمان یا طرز رفتار کارکنان مرکز یا سایر بیماران می بایست کتباً به مسئول فنی مرکز ارائه گردد. قطعاً مرکز موظف است به این شکایت رسیدگی و نتیجه را به بیمار منعکس نماید.

ح- ارائه هرگونه اطلاعات غلط ، ابهام انگیز ، ارائه توصیه درمانی ، تجویز دارو ، پیشنهاد مصرف دارو یا دادن دارو به بیماران ، خانواده های بیماران یا سایر مراجعان مرکز درمانی 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 همراه بیمار :

نسبت :

امضاء :

نام و نام خانوادگی بیمار :

امضاء :

محل  
الصاق  
عکس

فرم شماره ۱

## فرم اطلاعات پایه

نام و نام خانوادگی: .....

تاریخ پذیرش: ..... / ..... / .....

شماره پرونده: .....

نشانی محل سکونت: .....

.....

تلفن ثابت: .....

تلفن همراه: .....

شرایط تماس: .....

مصاحبه کننده: .....

تاریخ مصاحبه: .....

در سامانه اطلاعات خدمات درمان و کاهش آسیب مبنای گزارش‌دهی مراجعان یک «کد اختصاصی منحصر به فرد» بوده که نحوه ایجاد و کار با آن متعاقباً از طریق راهنمای سامانه به اطلاع همکاران خواهد رسید.

فرم شماره ۲

## فرم ارزیابی پایه

یک- اطلاعات کلی

۱- نام و نام خانوادگی:

۲- شماره پرونده:

۳- نام مصاحبه‌گر:

۴- تاریخ مصاحبه: روز ماه سال

۵- جنسیت: مرد  زن

۶- سن: ..... ۷- سال تولد: .....

۸- تحصیلات: (تعداد سال‌های تکمیل شده تحصیل) .....

۹- وضعیت تأهل:

در حال حاضر متأهل هستم.

متارکه کرده‌ام (ولی هنوز طلاق نگرفته‌ام و متأهل هستم).

بیوه هستم (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام).

طلاق گرفته‌ام (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام).

هیچگاه ازدواج نکرده‌ام.

۱۰- منبع ارجاع:

خود بیمار یا خانواده

مرکز درمان اعتیاد دیگر در اجتماع

مرکز درمان اعتیاد دیگر در زندان

مواجه قانونی (پلیس یا دادگاه)

سایر  (مشخص کنید): .....

۱۱- وضعیت بیمه:

دارد  نوع آن را مشخص نمایید.....

ندارد

## دو- تاریخچه مصرف مواد

### ۱- جدول تاریخچه مصرف مواد

ردیف	نام ماده	سن در اولین بار مصرف	تعداد سال‌های مصرف مستمر	تعداد روزهای مصرف در ماه قبل	کد روش مصرف در ماه قبل*	ملاحظات
۱	تنباکو					
۲	حشیش					
۳	مشروبات الکلی					
۴	تریاک و شیره					
۵	هروئین					
۶	کِرَاک هروئین					
۷	متادون غیرقانونی					
۸	بوپرنورفین غیرقانونی					
۹	مسکن‌های افیونی تزریقی (نورجیزیک، تمجیزیک...)					
۱۰	داروهای افیونی خوراکی (کدئین، ترامادول، دیفنوکسیلات)					
۱۱	مت‌آمفتامین (شیشه)					
۱۲	اکستیزی (قرص اکس)					
۱۳	کوکائین					
۱۴	داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور					
۱۵	استروئیدهای آنابولیک					
۱۶	مواد توهم‌زا (LSD، قارچ و...)					
۱۷	مواد استنشاقی (چسب، تینر و...)					

\* کد روش مصرف: خوراکی = ۱ / مشامی = ۲ / استنشاقی = ۴ / تدخین = ۳ / تزریق غیر وریدی = ۴ / تزریق وریدی = ۵

۲- ماده یا مواد اصلی مشکل‌آفرین از دید بیمار که باعث مراجعه درمانی شده، کدام است؟

(کُد یا کُد‌های مربوطه را از جدول بالا در این بخش درج نمایید).....

۳- در ماه گذشته ارزش مواد مخدر مصرفی شما به طور متوسط روزانه چقدر بوده است؟..... تومان

۴- به طور متوسط چقدر از این هزینه را خود شما نقداً پرداخت کرده‌اید؟..... تومان

۵- تا کنون چند بار به خاطر بیش‌مصرفی مواد (اُوردوز) به بیمارستان یا مرکز درمانی مراجعه کرده‌اید؟..... بار

سه- تاریخچه اقدامات پیشین درمان

۱- آیا در طول عمر خود اقدام به درمان برای وابستگی به مواد کرده‌اید؟ بله  خیر

۲- جدول تعداد دفعات اقدام به درمان به تفکیک نوع روش درمانی

ردیف	روش درمان	تعداد دفعات اقدام؟ (دوره)	طولانی‌ترین دوره پرهیز از مصرف مواد غیرقانونی؟ (روز)
۱	درمان نگهدارنده با متادون		
۲	درمان نگهدارنده با بوپرنورفین		
۳	درمان با کمک تثتور آپيوم		
۴	درمان نگهدارنده با نالتراکسون		
۵	سم‌زدایی سرپایی تحت نظر پزشک (برای مثال با بوپرنورفین یا کلونیدین)		
۶	سم‌زدایی بدون نظارت درمان‌گران		
۷	سم‌زدایی بستری بدون بی‌هوشی		
۸	سم‌زدایی بستری تحت بی‌هوشی (UROD)		
۹	بازتوانی اقامتی (TC)		
۱۰	درمان اقامتی (کمپی)		
۱۱	درمان در مراکز تأدیبی (زندان، مراکز اقامتی اجباری)		
۱۲	سایر، مشخص کنید .....		

۳- آیا در ماه گذشته تحت درمان بوده‌اید؟ بله  خیر

۴- اگر بله، کد آن را از جدول بالا انتخاب کنید؟ .....

۵- در سال گذشته چند دوره در مراکز قانونی موجود در اجتماع تحت نظر درمان‌گران حرفه‌ای درمان گرفته‌اید؟ .....

دوره

۶- آیا تا کنون در جلسات NA شرکت کرده‌اید؟ بله  خیر

۷- اگر بله، مجموعاً چند ماه؟ ..... ماه

#### چهار- سابقه رفتارهای پرخطر

- ۱- آیا در طول عمر خود سابقه تزریق مواد داشته‌اید؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخ‌گویی
- ۲- اگر بله، سن شما در زمان اولین تزریق چند سال بود؟ ..... سال
- ۳- آیا در سال گذشته مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده‌اید؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخ‌گویی
- ۴- در ماه گذشته، چند بار مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده‌اید؟ ..... بار
- ۵- در ماه گذشته چند از بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد دیگری از آن استفاده کرده بود، (سرنگ، سوزن، پنبه، فیلتر، ملاقه، آب) تزریق داشته‌اید؟ ..... بار
- ۶- آیا تا کنون با کسی رابطه جنسی داشته‌اید؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخ‌گویی
- ۷- اگر بله، در ماه گذشته، چند بار رابطه جنسی داشتید؟ ..... بار
- ۸- چند بار آن با کاندوم بوده است؟ ..... بار
- ۹- در ماه گذشته، چند بار با فردی غیر از همسر خود رابطه جنسی داشته‌اید؟ ..... بار
- ۱۰- چند بار آن با کاندوم بوده است؟
- ۱۱- چند بار آن در ازای پول یا مواد بوده است؟ ..... بار
- ۱۲- تا کنون در طی عمر خود چند بار زندانی شده‌اید؟ ..... بار
- ۱۳- چند بار آن مرتبط با مواد بوده است؟ ..... بار
- ۱۴- چند بار آن غیرمرتبط با مواد بوده است؟ ..... بار
- ۱۵- در سال گذشته چند بار زندانی شده‌اید؟ ..... بار
- ۱۶- در ماه گذشته چند بار پرخاش‌گری فیزیکی (چه در داخل منزل چه در خارج آن) داشته‌اید؟ ..... بار
- ۱۷- چند بار آن منجر به مداخله پلیس شده است؟ ..... بار
- ۱۸- در طی عمر خود آیا اقدام به فروش مواد کرده‌اید؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخ‌گویی
- ۱۹- در ماه گذشته چطور؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخ‌گویی

### پنج- وضعیت طبی و روان پزشکی

۱- آیا از بیماری مزمن طبی که نیازمند مداخله طبی باشد یا با زندگی معمول شما تداخل داشته باشد، رنج می‌برید؟

بله  مشخص کنید: ..... خیر

۲- آیا در حال حاضر داروی خاصی برای بیماری‌های طبی خود مصرف می‌کنید؟

بله  مشخص کنید: ..... خیر

۳- آیا به دارویی حساسیت دارید؟ بله  مشخص کنید: ..... خیر

۴- آیا تا کنون آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده‌اید؟

بله و پاسخ آن منفی بوده است  بله و پاسخ آن مثبت بوده است

بله و پاسخ آن را نمی‌داند  خیر  عدم تمایل به پاسخ‌گویی

۵- آیا تا کنون آزمایش اچ‌سی‌وی انجام داده‌اید؟

بله و پاسخ آن منفی بوده است  بله و پاسخ آن مثبت بوده است

بله و پاسخ آن را نمی‌داند  خیر  عدم تمایل به پاسخ‌گویی

۶- آیا باردار هستید (فقط در مراجعین سنین بارداری): بله  خیر  نمی‌دانم

### ۷- جدول غربال‌گری مشکلات روان پزشکی

ردیف	سؤال	طول عمر؟	ماه گذشته؟	ملاحظات
۱	احساس افسردگی یا غمگینی جدی، ناامیدی، از دست دادن علائق، بی‌حوصلگی شدید در انجام امور روزانه داشته‌اید؟			
۲	اضطراب جدی، نگرانی بیش از حد یا بی‌قراری داشتید؟			
۳	حالات توهم داشته‌اید؟ یعنی چیزهایی را ببینید یا بشنوید که وجود خارجی ندارند؟			
۴	در کنترل رفتار پرخاش‌گرانه مشکل داشته‌اید؟ (حملات خشم یا خشونت)			
۵	اقدام به خودزنی داشته‌اید؟			
۶	افکار جدی خودکشی داشته‌اید؟			
۷	اقدام به خودکشی کرده‌اید؟			

### ۸- سابقه درمان‌های روان پزشکی

ردیف	سؤال	طول عمر؟	ماه گذشته؟	ملاحظات
۱	سابقه درمان سرپایی برای مشکلات روان پزشکی؟			
۲	سابقه درمان بستری برای مشکلات روان پزشکی؟			

۹- آیا در حال حاضر داروی روان پزشکی خاصی مصرف می‌کنید؟

بله  مشخص کنید: ..... خیر

## شش- وضعیت خانوادگی و اجتماعی

- ۱- آیا شما مهارت شغلی خاصی دارید؟ بله  مشخص کنید: ..... خیر
- ۲- آیا شما گواهینامه رانندگی معتبر دارید؟ بله  خیر  توضیحات: .....
- ۳- وضعیت شغلی شما در طی سه ماه اخیر چگونه بوده است؟
- شاغل تمام وقت (حداقل ۵ روز کار در هفته، روزی ۸ ساعت)  شاغل پاره وقت منظم  شاغل پاره وقت نامنظم
- بازنشسته، ازکار افتاده یا مستمری بگیر  محصل، طلبه، دانشجوی یا سرباز  خانه‌دار
- دارای درآمد بدون کار  بیکار
- ۴- در ماه گذشته از هر یک منابع زیر چقدر درآمد داشته‌اید؟
- |   |   |             |
|---|---|-------------|
| ۱ | اشتغال یا درآمد ناشی از سرمایه‌گذاری؟           | ..... تومان |
| ۲ | بازنشستگی یا بیمه ازکارافتادگی؟                 | ..... تومان |
| ۳ | کمک مؤسسه‌های خیریه (کمیته امداد، بهزیستی و...) | ..... تومان |
| ۴ | کمک خانواده، بستگاه یا دوستان                   | ..... تومان |
- ۵- در ماه گذشته، چند روز کار در ازای مزد یا درآمد داشته‌اید؟ ..... روز
- ۶- در ماه گذشته، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفته‌اید؟ ..... روز
- ۷- در حال حاضر وضعیت سکونت شما چگونه است (بیشتر اوقات در ماه گذشته)؟
- زندگی در یک مکان مسکونی  زندگی در یک سرپناه (شلتر)
- زندگی در فضای بیرون (بی‌سرپناه)  سایر  مشخص کنید: .....
- ۸- در حال حاضر شما با چه کسی زندگی می‌کنید (بیشتر اوقات در ماه گذشته)؟
- با خانواده  با دوستان یا همکاران  تنها  سایر  مشخص کنید: .....
- ۹- در ماه گذشته، چند روز با اعضای خانواده زندگی کرده‌اید؟ ..... روز
- ۱۰- در ماه گذشته، چقدر با اعضای خانواده مشکل داشته‌اید؟
- اصلاً  اندکی  در حد متوسط  زیاد  بسیار زیاد
- ۱۱- آیا شما در حال حاضر با کسی زندگی می‌کنید که مواد مصرف می‌کند؟ بله  خیر
- ۱۲- در حال حاضر چقدر از حمایت عاطفی و روانی خانواده برخوردار هستید؟
- اصلاً  اندکی  در حد متوسط  زیاد  بسیار زیاد
- توضیحات تکمیلی درباره وضعیت خانوادگی و اجتماعی:



نام و نام خانوادگی بیمار: .....

نام و نام خانوادگی مصاحبه‌گر: .....

نام مرکز: .....

۱- وضعیت تأهل در ماه گذشته: متأهل  متارکه  بیوه  مطلقه  هرگز ازدواج نکرده

۲- جدول تاریخچه مصرف مواد

ردیف	نام ماده	تعداد روزهای مصرف در ماه قبل	کُد روش مصرف در ماه قبل*	ملاحظات	ردیف	نام ماده	تعداد روزهای مصرف در ماه قبل	کُد روش مصرف در ماه قبل*	ملاحظات
۱	تنباکو				۱۰	کدئین، ترامادول، دیفنوکسیلات			
۲	حشیش				۱۱	مت‌آفتامین (شیشه)			
۳	مشروبات الکلی				۱۲	اکستیزی (قرص اکس)			
۴	تریاک و شیره				۱۳	کوکائین			
۵	هروئین				۱۴	داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور			
۶	کِرَاک هروئین				۱۵	استروئیدهای آنابولیک			
۷	متادون غیرقانونی				۱۶	مواد توهم‌زا (LSD، قارچ و...)			
۸	بوپرنورفین غیرقانونی				۱۷	مواد استنشاقی (چسب، تینر و...)			
۹	نورجریک، تمجریک...				* کُد روش مصرف: خوراکی = ۱ / مشامی = ۲ / استنشاقی = ۳ / تدخین = ۴ / تزریق غیر وریدی = ۴ / تزریق وریدی = ۵				

۳- در ماه گذشته ارزش مواد مخدر مصرفی شما به طور متوسط روزانه چقدر بوده است؟ ..... تومان

۴- به طور متوسط چقدر از این هزینه را خود شما نقداً پرداخت کرده‌اید؟ ..... تومان

۵- در ماه گذشته، چند بار مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده‌اید؟ ..... بار

۶- در ماه گذشته چند بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد دیگری از آن استفاده کرده بود، (سرنگ، سوزن، پنبه، فیلتر، ملاقه، آب) تزریق داشته‌اید؟ ..... بار

۷- در ماه گذشته، چند بار رابطه جنسی داشتید؟ ..... بار

۸- چند بار آن با کاندوم بوده است؟ ..... بار

۹- در ماه گذشته، چند بار با فردی غیر از همسر خود رابطه جنسی داشته‌اید؟ ..... بار

۱۰- چند بار آن با کاندوم بوده است؟

۱۱- چند بار آن در ازای پول یا مواد بوده است؟ ..... بار

۱۲- در ماه گذشته چند بار پرخاش‌گری فیزیکی (چه در داخل منزل چه در خارج آن) داشته‌اید؟ ..... بار

۱۳- چند بار آن منجر به مداخله پلیس شده است؟ ..... بار

۱۴- در ماه گذشته آیا اقدام به فروش مواد کرده‌اید؟ بله  خیر  عدم تمایل به پاسخ‌گویی

۱۵- جدول غربال‌گری مشکلات روان‌پزشکی

ردیف	سؤال	ماه گذشته؟	ملاحظات
۱	احساس افسردگی یا غمگینی جدی، ناامیدی، از دست دادن علائق، بی‌حوصلگی شدید در انجام امور روزانه داشته‌اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲	اضطراب جدی، نگرانی بیش از حد یا بی‌قراری داشتید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳	حالات توهم داشته‌اید؟ یعنی چیزهایی را ببینید یا بشنوید که وجود خارجی ندارند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴	در کنترل رفتار پرخاش‌گرانه مشکل داشته‌اید؟ (حملات خشم یا خشونت)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵	اقدام به خودزنی داشته‌اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶	افکار جدی خودکشی داشته‌اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷	اقدام به خودکشی کرده‌اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

۱۶- وضعیت شغلی شما در طی سه ماه گذشته چگونه بوده است؟

- شاغل تمام وقت (حداقل ۵ روز کار در هفته، روزی ۸ ساعت)  شاغل پاره وقت منظم  شاغل پاره وقت نامنظم   
بازنشسته، ازکار افتاده یا مستمری بگیر  محصل، طلبه، دانشجو یا سرباز  خانه‌دار   
دارای درآمد بدون کار  بیکار

۱۷- در ماه گذشته از هر یک منابع زیر چقدر درآمد داشته‌اید؟

- ۱ اشتغال یا درآمد ناشی از سرمایه‌گذاری؟ ..... تومان  
۲ بازنشستگی یا بیمه ازکارافتادگی؟ ..... تومان  
۳ کمک مؤسسه‌های خیریه (کمیته امداد، بهزیستی و ...) ..... تومان  
۴ کمک خانواده، بستگاه یا دوستان ..... تومان

۱۸- در ماه گذشته، چند روز کار در ازای مزد یا درآمد داشته‌اید؟ ..... روز

۱۹- در ماه گذشته، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفته‌اید؟ ..... روز

۲۰- در حال حاضر وضعیت سکونت شما چگونه است (بیشتر اوقات در ماه گذشته)؟

- زندگی در یک مکان مسکونی  زندگی در یک سرپناه (شلترا)   
زندگی در فضای بیرون (بی‌سرپناه)  سایر  مشخص کنید: .....

۲۱- در حال حاضر شما با چه کسی زندگی می‌کنید (بیشتر اوقات در ماه گذشته)؟

- با خانواده  با دوستان یا همکاران  تنها  سایر  مشخص کنید: .....

۲۲- در ماه گذشته، چند روز با اعضای خانواده زندگی کرده‌اید؟ ..... روز

۲۳- در ماه گذشته، چقدر با اعضای خانواده مشکل داشته‌اید؟

- اصلاً  اندکی  در حد متوسط  زیاد  بسیار زیاد   
۲۴- در حال حاضر چقدر از حمایت عاطفی و روانی خانواده برخوردار هستید؟  
اصلاً  اندکی  در حد متوسط  زیاد  بسیار زیاد







فرم شماره ۷

فرم مددکار

نام مددکار: .....

شماره پرونده .....	نام بیمار: .....	
	تاریخ ویزیت	خدمات مددکاری ارائه شده و یادداشتهای مددکار
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

# مرکز آموزشی درمانی شفاءرشت

شماره پرونده:

حرف اول اسم:

حرف اول و دوم فامیل:

