



فرم‌های مربوط به

پروتکل اختصاصی " بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد "

الگوی اقامتی پرهیز مدار

ویژه مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (معتادین)

Special Protocol

for

Recovery and Rehabilitation of Substance Use Disorder

بهار ۱۳۹۶

مرکز توسعه پیشگیری

معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد

شناسنامه فرم های مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد

عنوان

فرم های مربوط به "پروتکل اختصاصی بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد- الگوی اقامتی پرهیز مدار"

ویژه مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (معتادین)، موضوع بند ۱۲ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی

محل تالیف و تدوین

معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

تالیف، تدوین

دکتر محسن روشن پژوه

روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران (انستیتو روانپزشکی تهران) و معاون پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

زهرا صابری

کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی و کارشناس مسئول برنامه در معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

همکار

افسانه امیدی مراد

کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و کارشناس ارشد مدیریت دولتی (سیستم‌های اطلاعاتی) مدیر عامل موسسه پیشگیری از آسیب های اجتماعی هومان همراهان سلامت

مرجع ابلاغ

رئیس محترم مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد بهزیستی کشور

تاریخ ابلاغ

بهار ۱۳۹۶

فهرست فرم‌های مراکز اقامت بهبود و باز توانه افراد با اختلال مصرف مواد

شماره فرم	نام فرم/دفتر
۱	ارزیابی پزشکی
۲	ارزیابی وضعیت فردی، روانی و اجتماعی
۳	درخواست مشاوره تخصصی (هنگام ارزیابی اولیه و قبل از پذیرش نهایی)
۴	ارجاع به سایر مراکز در هنگام ارزیابی اولیه
۵	ارجاع به مرجع قضایی
۶	تاییدیه پزشک و کارشناس جهت پذیرش
۷	رضایت بهبودی و پیگیری
۸	معرف
۹	قبض تعرفه
۱۰	تاییدیه پذیرش نهایی
۱۱	ویزیت‌های پزشک
۱۲	ثبت علایم حیاتی
۱۳	تشخیص آزمایشگاهی مواد
۱۴	ارزیابی و پایش مشارکت مددجو
۱۵	درخواست مشاوره تخصصی (ارجاع حین دوره بهبود و باز توانی)
۱۶	مرخصی
۱۷	تنبیهات
۱۸	اخراج
۱۹	رضایت شخصی و خروج اختیاری
۲۰	ملاقات
۲۱	جلسات شورا
۲۲	تمدید دوره
۲۳	پیگیری قبل از ترخیص نهایی (دوره غیر اقامتی)
۲۴	تاییدیه ترخیص (پزشک، کارشناس و شورای مرکز)
۲۵	ترخیص از دوره اقامت
۲۶	ترخیص نهایی (اتمام دوره)
۲۷	ارجاع پس از اتمام دوره
۲۸	پیگیری پس از ترخیص نهایی
۲۹	خلاصه پرونده
۳۰	دفتر گزارش جلسات گروهی (مشارکت جمعی/آموزش گروهی/کار با گروه/گروه درمانی خانواده)
۳۱	دفتر فهرست ارجاع‌ها
۳۲	دفتر پیگیری مددجویان

ارزیابی پزشکی

فرم شماره ۱

نام مددجو:

نوع ماده:

مقدار و مدت زمان مصرف:

ملاحظات و نکات قابل ذکر:

آیا تا به حال برای بهبود و بازتوانی اختلالات مصرف مواد اقدامی کرده است؟ توضیح دهید.

سوابق پزشکی / PMH:

سابقه بیماری قبلی:	<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد نوشته شود:
سابقه بیماری در فامیل / FH:	<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد نوشته شود:
سابقه آلرژی:	<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد نوع آلرژی:
سابقه حساسیت دارویی:	<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد نوع حساسیت دارویی:
سابقه اعمال جراحی:	<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد نوع جراحی:
سابقه دریافت خون:	<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد تعداد: تاریخ آخرین بار:
سابقه مصرف دارو / DH:	<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد نوشته شود:

بررسی دستگاه‌ها / ROS:

شکایت فعلی (غیر از مصرف مواد): ☐ ندارد ☐ دارد نوشته شود:

وزن (w):

معاینه فیزیکی / PE:

نقص عضو: ☐ ندارد ☐ دارد تعداد: محل:

علائم حیاتی / VS:

تعداد نبض (PR) ریتم نبض (RH)

فشارخون (BP) درجه حرارت (T)

یافته بالینی: ☐ ندارد ☐ دارد نوشته شود:نیاز به مشاوره تخصصی: ☐ ندارد ☐ دارد مشاوره با متخصص:

ارزیابی وضعیت فردی، روانی و اجتماعی

فرم شماره ۲

الف) مشخصات فردی

روز	ماه	سال

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد:

جنسیت: مرد ☐ زن ☐وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ مطلقه یا متارکه ☐ همسر فوت شده ☐تعداد فرزندان: تعداد افراد خانوار:

تحصیلات:

بیسواد ☐ خواندن و نوشتن یا ابتدایی ☐ راهنمایی یا سیکل ☐ پیش دانشگاهی یا دیپلم ☐فوق دیپلم ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ دکتری ☐ حوزوی ☐

شغل:

☐ مدیر ارشد (مانند: قانون گذار، وزیر، مدیر و غیره)☐ تخصص حرفه ای (مانند: پزشک، وکیل، استاد دانشگاه و غیره)☐ تجارت و بازرگانی☐ کارمند☐ مشاغل خدماتی غیر کارگری☐ کارگر ماهر، کشاورز، جنگل داری و شیلات☐ فروشنده (مغازه دار و غیره)☐ تکنسین، تعمیر کار صنعتی، اپراتور ماشین، تاسیسات و تجهیزات کارخانه ها و غیره☐ نیروهای مسلح☐ کارگر ساده، دستفروش و غیره☐ خانه دار☐ سرباز☐ بازنشسته☐ دانشجو☐ بیکار

وضعیت مسکن:

منزل شخصی ☐ منزل استیجاری یا رهنی ☐ منزل پدری ☐ منزل پدر همسر ☐ منزل سازمانی ☐ سایر لطفا ذکر شود:

درآمد خانوار (تومان):

وضعیت بیمه: ندارد ☐ دارد ☐ در صورت دارا بودن چه نوع بیمه ای:

آدرس دقیق منزل:

شماره تماس ثابت:

شماره تلفن همراه:

ارزیابی وضعیت فردی، روانی و اجتماعی

فرم شماره ۲

ب) مشخصات الگوی مصرف

اطلاعات													
مواد مصرف شده در ماه گذشته	تریاک	هروئین	کراک (کراک ایرانی)	شیشه (متامفتامینیا کریستال)	حشیش	اکستازی	متادون (بدون نظر پزشک)	پزشک (بدون تجویز)	LSD	کوکائین	ترامادول	سوخته تریاک	سایر (نام ببرید)
تدخین (دود کردن)													
	خوردن												
	تزریق												
	انفییه (دماغی)												
	نوشیدن												
	استنشاق												
	سایر (نام ببرید)												
تدخین مصرف (طی ماه قبل)	روزانه												
	هفتگی												
	ماهانه												
	دو بار یا بیشتر												
مواد مصرفی در طول عمر													
سن شروع مصرف													
مقدار مصرف در ۲۴ ساعت	گرم	گرم	گرم	گرم	گرم	قرص	قرص/شریت	تعداد	خط	گرم	گرم	گرم	قرص/آمپول/کیسول/میلی

در مناطقی که کریستال در واقع همان کراک ایرانی است، ستون کراک علامت زده شود و در مناطقی که کریستال همان شیشه یا متامفتامین است، ستون شیشه علامت زده شود.

متوسط مخارج تهیه مواد در هفته گذشته (به تومان):

اولین بار مصرف مواد (غیر از الکل و سیگار) را به پیشنهاد چه کسی شروع کرده اید؟ (چه گزینه ای)

- ☐ یکی از افراد خانواده ☐ یکی از بستگان ☐ دوستان (مدرسه یا دانشگاه) ☐ دوستان (خارج از مدرسه) ☐ همکاران محل کار ☐ افراد غریبه ☐ بدون پیشنهاد دیگران

اولین بار مصرف را در چه موقعیتی شروع کرده اید؟

- ☐ مهمانی خانوادگی ☐ مهمانی دوستانه ☐ پارک ☐ مدرسه یا دانشگاه ☐ کوچه و خیابان ☐ سربازخانه ☐ محل کار ☐ منزل ☐ سایر لطفاً ذکر شود:

ارزیابی وضعیت فردی، روانی و اجتماعی

فرم شماره ۲

علت مراجعه برای درمان چه بوده است؟

عوارض جسمی مصرف ماده ☐ عوارض روانی مصرف ماده ☐ مشکلات مالی ☐ حاملگی ☐ فشار (فشار همسر، فشار پدر یا مادر، فشار برادر یا خواهر، فشار فرزندان، فشار سایر اعضای خانواده، فشار دوستان / همکاران، مدیر یا مسئول ارشد در محیط کار) ☐ مشکلات قانونی ☐ ازدواج ☐ سایر ☐ لطفاً ذکر شود:

تعداد دفعات ترک قبلی چند بار بوده است؟ بیش از ۴ بار ☐ ۲-۴ بار ☐ ۱-۲ بار ☐ سابقه ترک ندارد ☐
 ترک های قبلی شما چگونه بوده است؟ (می توانید چند گزینه را انتخاب کنید)

شخصاً ☐ با مراجعه سرپایی به مطب پزشک ☐ با بستری شدن در بخش خصوصی ☐ با مراجعه به مراکز سرپایی دولتی یا غیر دولتی ☐
 با اقامت در مراکز اقامتی ☐ با اقامت در مراکز درمان اجباری ☐ روش بیهوشی ☐ روشهای سنتی (گیاهی، طب سوزنی و ...) ☐
 در گروههای خودیاری ☐ سایر ☐ لطفاً ذکر شود

ج) سوابق رفتاری

آیا در حال حاضر سیگار می کشید؟ ☐ بلی ☐ بلی - گاهی ☐ خیر ☐ بی جواب ☐
 آیا قصد ترک سیگار را دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐
 آیا در طول عمر خود سیگار کشیده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ در صورت بلی آیا در حال حاضر هم سیگار می کشید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐
 چه مدت است که سیگار می کشید؟ سال ماه روز بی جواب ☐
 آیا سابقه حجامت داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ تعداد: تاریخ آخرین بار:
 آیا سابقه خالکوبی داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ تعداد:
 آیا سابقه استفاده از تیغ و ماشین اصلاح مشترک داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ تاریخ آخرین استفاده:
 آیا سابقه خود زنی داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ در صورت بلی تعداد:
 آیا سابقه چاقو خوردگی داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ در صورت بلی تعداد:
 آیا تا به حال به خودکشی فکر کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ در صورت بلی تعداد:
 آیا تا به حال اقدام به خودکشی کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ در صورت بلی تعداد:
 آیا در طول عمر خود مشروبات الکلی نوشیده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ بلی - گاهی ☐ بی جواب ☐
 آیا در حال حاضر هم می نوشید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ بلی - گاهی ☐ بی جواب ☐
 چه مدت است که الکل می نوشید؟ سال ماه
 از چه سنی شروع به مصرف الکل کرده اید:
 تاریخ آخرین زمان مصرف الکل کی بوده است:
 آیا تا به حال آنقدری مشروب خورده اید که حالتان بد شود یا نیاز به مراجعه به پزشک یا درمانگاه پیدا کرده باشید؟
☐ خیر ☐ بلی ☐ در صورت بلی چند بار در سال گذشته:
 آیا در زمان مصرف مواد مخدر نیز الکل می نوشیدید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐
 آیا سابقه تزریق مواد داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ سن اولین تزریق: دفعات تزریق در روز:
 آیا سابقه تزریق مشترک داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐
 آیا اتفاق افتاده که بعد از مصرف مشروبات الکلی، مواد تزریق کرده باشید؟
 بلی اکثراً ☐ ۱۰ تا ۲۰ بار ☐ ۵ تا ۱۰ بار ☐ ۱ تا ۵ بار ☐ خیر ☐ بی جواب ☐

ارزیابی وضعیت فردی، روانی و اجتماعی

فرم شماره ۲

- آیا شخص دیگری برای شما تزریق نموده است؟
 بلی اکثراً ○ ۱۰ تا ۲۰ بار ○ ۵ تا ۱۰ بار ○ ۱ تا ۵ بار ○ خیر ○ بی جواب ○
- زمان آخرین تزریق به وسیله شخص دیگر کی بوده است؟
 زمان آخرین تزریق مشترک کی بوده است؟
 روز گذشته ○ هفته گذشته ○ ماه گذشته ○ طی یکسال گذشته ○ بیش از یکسال قبل ○
- آیا اشتراک در ظرف تهیه مواد برای تزریق داشته اید؟
 بلی اکثراً ○ ۱۰ تا ۲۰ بار ○ ۵ تا ۱۰ بار ○ ۱ تا ۵ بار ○ خیر ○ بی جواب ○
- زمان آخرین استفاده از ظرف مشترک کی بوده؟
 روز گذشته ○ هفته گذشته ○ ماه گذشته ○ طی یکسال گذشته ○ بیش از یکسال قبل ○
- آیا تزریق برای دیگران داشته اید؟
 بلی اکثراً ○ ۱۰ تا ۲۰ بار ○ ۵ تا ۱۰ بار ○ ۱ تا ۵ بار ○ خیر ○ بی جواب ○
- آیا تا به حال عفونت ادراری داشته اید؟
 بلی با درمان ○ بلی بدون درمان ○ خیر ○ نمی دانم ○ بی جواب ○
- آیا تا به حال بیماری آمیزشی داشته اید؟
 بلی با درمان ○ بلی بدون درمان ○ خیر ○ نمی دانم ○ بی جواب ○
- اگر بلی چگونه بوده است؟
 ترشح از مجرا ○ زخم دردناک ○ زخم بی درد ○ زخم عود کننده ○ نمی دانم ○ بی جواب ○
- آیا شریک جنسی ثابت دارید؟ بلی ○ خیر ○ بی جواب ○ در صورت خیر چند شریک جنسی دارید
 ○ بی جواب ○
- آیا با افراد هم جنس هم رابطه جنسی داشته اید؟ خیر ○ بلی ○ بی جواب ○
- نوع تماس با شرکاء جنسی مرد/زن چگونه بوده است؟
 به عنوان فاعل ○ مقعدی ○ دهانی ○ هر دو ○
 به عنوان مفعول ○ مقعدی ○ دهانی ○ هر دو ○
- آیا شرکاء جنسی شما معتاد بوده اند؟ بلی ○ خیر ○ نمی دانم ○
- میانگین دفعات تماس چقدر بوده است؟ در هفته در ماه در سال
- آیا کاندوم مصرف می کنید؟ همیشه ○ اکثراً ○ گاهی ○ هرگز ○ بی جواب ○
- تاریخ آخرین تماس مشکوک کی بوده است؟ (روز/ماه/سال):
 آیا سابقه زندانی شدن داشته اید؟ خیر ○ بلی ○ تاریخ آخرین زندانی شدن (روز/ماه/سال):
 در صورت زندانی شدن در کل چه مدت در زندان بوده اید؟
 سابقه انجام کدامیک از موارد ذیل را در زندان داشته اید؟ سابقه تزریق ○ سابقه خالکوبی ○ مصرف تیغ مشترک ○

د) وضعیت خانوادگی

در حال حاضر با چه کسی زندگی می کنید؟

۱. با همسر و فرزندان ○
۲. فقط با همسر ○
۳. فقط با فرزندان ○
۴. با والدین ○
۵. با سایر بستگان ○
۶. با دوستان ○
۷. تنها ○
۸. در محیط تحت کنترل ○

ارزیابی وضعیت فردی، روانی و اجتماعی

فرم شماره ۲

۹. وضعیت پایداری نداشته است ☐

چه مدت است که در وضعیت فوق به سر می برید؟

آیا شما از این وضع راضی هستید؟ خیر ☐ بی تفاوت ☐ بلی ☐آیا اطرافیان شما سابقه مصرف مواد (غیر از سیگار و الکل) داشته اند؟ خیر ☐ بلی ☐ در صورت بلی کدامیک از افراد ذیل:هیچ کس ☐ همسر ☐ پدر ☐ مادر ☐ خواهر ☐ برادر ☐ فرزند ☐ دوست ☐ سایر

آیا دوره هایی بوده است که با افراد زیر مشکل جدی داشته باشید؟ منظور از مشکل جدی مشکلی است که رابطه شما را تهدید

کند. مادر ☐ پدر ☐ برادر/خواهر ☐ همسر/شریک جنسی ☐ فرزندان ☐ سایر بستگان نزدیک ☐ دوستان نزدیک ☐ همسایگان ☐همکاران ☐

آیا هیچ وقت یکی از افراد فوق الذکر شما را مورد آزار و اذیت قرار دادند؟

خیر ☐ بلی ☐ در صورت بلی از چه نظر: از نظر عاطفی ☐ جسمی ☐ جنسی ☐

در ترک های قبلی و یا در حال حاضر که اقدام به درمان نموده اید کدامیک از افراد ذیل از شما حمایت نموده اند؟

مادر ☐ پدر ☐ برادر/خواهر ☐ همسر/شریک جنسی ☐ فرزندان ☐ سایر بستگان نزدیک ☐ دوستان نزدیک ☐ همسایگان ☐همکاران ☐ هیچ کس ☐

در صورت دریافت حمایت از افراد فوق چه نوع حمایتی دریافت کرده اید؟ لطفا ذکر شود:

.....

.....

.....

نتیجه ارزیابی کارشناس

در حال حاضر چقدر مشاوره در مسائل فردی و خانوادگی برای مددجو مورد نیاز است؟

اصلا ☐ اندکی ☐ در حد متوسط ☐ به مقدار قابل توجه ☐ بسیار زیاد ☐

در حال حاضر چقدر مشاوره در مسائل اجتماعی برای مددجو مورد نیاز است؟

اصلا ☐ اندکی ☐ در حد متوسط ☐ به مقدار قابل توجه ☐ بسیار زیاد ☐

در صورت نیاز به توضیحات بیشتر در این قسمت درج شود:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نام و امضای کارشناس مرکز

درخواست مشاوره تخصصی (هنگام ارزیابی اولیه و قبل از پذیرش نهایی)
فرم شماره ۳

جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....

متخصص محترم

با سلام

بدینوسیله آقای / خانم برای دریافت مشاوره تخصصی، حضورتان معرفی می گردند. ایشان متقاضی اقامت در مرکز بهبود و باز توانی اختلال مصرف مواد هستند.

علت ارجاع برای مشاوره تخصصی:

.....

.....

.....

.....

تاریخ تکمیل فرم: نام، امضا و مهر پزشک مرکز:

پزشک محترم مرکز اقامتی بهبود و باز توانی افراد با اختلال مصرف مواد

با سلام؛ نتیجه مشاوره تخصصی فرد معرفی شده به شرح زیر است:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

تاریخ تکمیل فرم: نام، امضاء و مهر پزشک مشاور:

ارجاع به سایر مراکز در هنگام ارزیابی اولیه

فرم شماره ۴

جناب آقای / سرکار خانم

مدیریت محترم مرکز

با سلام

بدینوسیله آقای / خانم برای استفاد از خدمات آن مرکز حضورتان معرفی می گردند. ایشان متقاضی اقامت در مرکز بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد هستند اما معیارهای پذیرش در مرکز اقامتی بهبود و بازتوانی را دارا نبوده اند.

نام مدیر مرکز

امضا، مهر و تاریخ

ارجاع به مرجع قضایی

فرم شماره ۵

مرجع قضایی

با سلام و تقدیم احترام

با بررسی مدارک و شرایط مددجو آقای/ خانم

ارجاع شده از سوی آن مرجع قضایی محترم به اطلاع می‌رساند نام برده به
دلایل زیر امکان پذیرش در این مرکز را ندارند:

.....

.....

.....

.....

.....

نام مدیر مرکز

امضاء، مهر و تاریخ

رونوشت؛ سازمان بهزیستی شهرستان

تاییدیه پزشک و کارشناس جهت پذیرش
فرم شماره ۶

اینجانب به شماره نظام پزشکی مسئول فنی / پزشک رابط
مرکز اقامتی بهبود و بازتوانی، تایید می کنم که مددجو آقای / خانم قادر به طی دوره
بهبود و بازتوانی در مرکز می باشد.

مدارک پیوست:

۱- نتایج معاینه بالینی

امضا و مهر پزشک
تاریخ

اینجانب کارشناس مرکز اقامتی بهبود و بازتوانی، تایید می کنم که مددجو آقای / خانم
..... قادر به طی دوره بهبود و بازتوانی در مرکز می باشد.

مدارک پیوست:

۱- نتایج ارزیابی فردی، روانی و اجتماعی

نام و نام خانوادگی
امضای کارشناس
تاریخ

رضایت بهبودی و پیگیری

فرم شماره ۷

مرکز اقامتی بهبودی و باز توانی

اینجانب

فرزند

کد ملی

به شماره پرونده

که متقاضی درمان هستم. بدین وسیله ضمن مطالعه موارد ذیل و در راستای شرکت در برنامه

بهبودی موارد زیر را می پذیرم.

- موظف هستم که مطابق برنامه تنظیمی در جلسات بهبودی شرکت نموده و چنانچه با دلایل موجه امکان حضور در جلسه ای را نداشته باشم مراتب را به مسئول مرکز اطلاع دهم.
- موظف هستم که مطابق برنامه تنظیمی و یا هر زمان دیگری که مسئولین مرکز صلاح بدانند، آزمایشهای تشخیص وجود مواد در ادرار را انجام دهم.
- استفاده از روش سم زدایی ، مانند هر روش دیگری ممکن است عوارض جانبی داشته باشد و به این دلیل قصوری متوجه مسئولین مرکز نخواهد بود.
- مطلع هستم که به دلیل ضرورت مشارکت مالی بیماران در فرایند درمان، هزینه درمان از سوی مرکز محاسبه و توسط اینجانب پرداخت می گردد.
- هرگونه عملی که با مقررات مرکز اقامتی مغایرت داشته باشد یا باعث اختلال نظم در مرکز شود یا با پرخاشگری و خشونت همراه باشد، موجب خروج از برنامه بهبودی و بسته شدن پرونده با نظر مسئولین مرکز خواهد شد.
- این اختیار را به مدیر مرکز مربوطه می دهم تا در صورت ضرورت با شماره تلفنهای زیر با اینجانب برای تعیین وقت ملاقات حضوری جهت پاسخ دادن به برخی سوالات در مورد وضعیت سوء مصرف مواد و انجام آزمایش و سایر پیگیریهای پس از ترخیص در تاریخهای مقرر، تماس بگیرند.

از ساعت تا ساعت صبح

(الف) شماره تلفن منزل:

از ساعت تا ساعت صبح

از ساعت تا ساعت صبح

(ب) شماره تلفن محل کار:

از ساعت تا ساعت صبح

نشانی:

رضایت یهودی و پیگیری

فرم شماره ۷

- چنانچه در دسترس نباشم، مدیر مرکز می تواند با یکی از آشنایان یا اعضای خانواده ام تماس بگیرد. با ذکر نشانی و شماره تلفن یک نفر در زیر، بدینوسیله به مسئول مرکز اجازه می دهم که با فرد مذکور تماس گرفته، با ذکر نام خود برای من پیغام بگذارد:
- نام و نام خانوادگی: نسبت: نشانی: شماره تلفن:
- پس از پایان دوره بهبودی، موظف به مراجعه به مرکز اقامتی جهت پیگیری و انجام آزمایش ادرار می باشم.
- مطلع هستم که در دوره اقامت در مرکز رد و بدل نمودن مواد و مصرف آن ممنوع می باشد و موجب اخراج اینجانب از مرکز می گردد.
- مسئولین مرکز الزامی برای پذیرش و نگهداری اجباری مددجو در مرکز را ندارند و چنانچه در طول دوره بهبودی وی تمایل به ادامه دوره و ماندن در مرکز را نداشته باشد، مسئولین مرکز مسئولیتی در این قبال ندارند.

تاریخ امضای رضایتنامه

امضا و ثبت اثر انگشت همراه بیمار

امضا و ثبت اثر انگشت بیمار

این قسمت توسط مدیر مرکز پر شود:

مطالعه شد و اظهار داشت که تمامی مفاد آن را به

رضایتنامه دوره بهبودی و پیگیری، توسط آقا/ خانم

درستی فهمیده و با آن موافق است.

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز:

امضای مدیر مرکز:

معرف

فرم شماره ۸

الف) مشخصات فردی معرف حقیقی

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد (روز/ماه/سال):

جنسیت: مرد ☐ زن ☐وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ مطلقه یا متارکه کرده ☐ همسر فوت کرده است ☐

تحصیلات:

بیسواد ☐ خواندن و نوشتن یا ابتدایی ☐ راهنمایی یا سیکل ☐ پیش دانشگاهی یا دیپلم ☐فوق دیپلم ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ دکتری ☐ حوزوی ☐

شغل:

☐ مدیر ارشد (مانند: قانون گذار، وزیر، مدیر و غیره)☐ تخصص حرفه ای (مانند: پزشک، وکیل، استاد دانشگاه و غیره)☐ تجارت و بازرگانی☐ کارمند☐ مشاغل خدماتی غیر کارگری☐ کارگر ماهر، کشاورز، جنگل داری و شیلات☐ فروشنده (مغازه دار و غیره)☐ تکنسین، تعمیر کار صنعتی، اپراتور ماشین، تاسیسات و

تجهیزات کارخانه ها و غیره

آدرس دقیق منزل معرف:

شماره تماس معرف:

تلفن ثابت: تلفن همراه: نسبت با مددجو:

دلیل حمایت از مددجو:

امضا و اثر انگشت معرف حقیقی

تاریخ

ب) معرف حقوقی:

نام دستگاه:

شماره معرفی نامه:

تاریخ معرفی نامه:

قبض تعرفه
فرم شماره ۹

نام مددجو :

نام معرف :

تاریخ :

مبلغ دریافتی از مددجو:

مانده بدهی :

شکل دریافت تعرفه:

☐ نقدی

☐ دستگاه پوز

☐ یاری برگ سازمان بهزیستی

نام و امضا دریافت کننده

مهر مرکز

نام و امضا پرداخت کننده

تاییدیه پذیرش نهایی

فرم شماره ۱۰

بر اساس رای مورخ شورای مرکز، پذیرش مددجو آقای/خانم
.....، نام پدر، متولد سال
به شماره ملی و با معرف آقای/خانم
.....، در مرکز اقامتی بلا مانع است.

توضیحات تکمیلی جهت پذیرش (در صورت نیاز)

.....

.....

.....

.....

.....

نام مدیر مرکز

امضا، مهر و تاریخ

ویزیت های پزشک

فرم شماره ۱۱

نوبت ویزیت	تاریخ	وضعیت مددجو / سیر بالینی	دستورات پزشکی و مهر پزشک
ارزیابی اولیه و ورود به سم زدایی			
در طول دوره سم زدایی			
انتهای دوره سم زدایی			
در دوره اقامت پس از سم زدایی			
ترخیص (ویزیت در هفته آخر اقامت می تواند با عنوان ویزیت ترخیص تلقی شود)			

فرم شماره ۱۲

تاریخ پذیرش:

امضا	توضیحات مددیار	فشار خون (BP)	ریتم نبض (RH)	تعداد نبض (PR)	ساعت	تاریخ

تاریخ	ساعت	اقدامات مددیاری در مواقع ضروری

فهرست داروهای مددجو در انبار دارویی:

تشخیص آزمایشگاهی مواد
فرم شماره ۱۳

نام و نام خانوادگی مددجو:

[illegible]

این فرم توسط پزشک مستقر در مرکز و یا توسط مرکز درمانی رابط تکمیل می شود.

نام و امضاء مسئول آزمایش

فرم شماره ۱۴

تاریخ پذیرش:

[illegible]

امضا

مرخصے
فرم شماره ۱۶

جناب آقای

مراقب درب اصلی

به موجب این مجوز خروج آقای/ خانم جهت مرخصی به مدت بلا مانع است.
مراتب اقدام و ثبت گردد.

مهر و امضای مدیر مرکز

ساعت:

تاریخ:

اینجانب در صحت و سلامت کامل جسمی و روانی مرکز را ترک کردم.

امضای مددجو

ساعت:

تاریخ:

مددجو به همراه در تاریخ ساعت در سلامت
کامل از درب مرکز خارج شدند.

موضوع به معرف فرد اطلاع داده شده است: ☐ بلی ☐ خیر

امضای مراقب درب اصلی

تنبیهات

فرم شماره ۱۲

آقای / خانم در تاریخ ساعت
طبق نظر مشمول تنبیه شماره از جدول
تنبیهات شدند.

دلیل تنبیه ایشان:

.....
.....
.....
.....
.....

نام مدیر مرکز

امضا، مهر و تاریخ

اخراج

فرم شماره ۱۸

آقای/ خانم در تاریخ ساعت
از مرکز اقامتی بهبود و بازتوانی، خراج شدند.
تاریخ ورود ایشان به مرکز بوده است.

دلیل اخراج ایشان:

.....
.....
.....
.....

موضوع به معرف فرد اطلاع داده شده است و خروج فرد با حضور معرف انجام
شده است.

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز:

نام و نام خانوادگی معرف:

مهر و امضا

امضا

رضایت شخصی و خروج اختیاری (انصراف)

فرم شماره ۱۹

اینجانب در تاریخ ساعت از مرکز اقامتی بهبود و بازتوانی خارج می شوم و این برگه را به نگهبان تحویل می دهم.

مطلع هستم که در صورت تمایل به بازگشت در مرکز باید همه مراحل پذیرش و بهبودی را از اول آغاز نمایم و در صورتی که پس از ترخیص عوارض خاص یا بیماری ایجاد گردد مرکز مسئولیتی ندارد.

موضوع به معرف فرد اطلاع داده شده است و خروج فرد با حضور معرف انجام شده است.

نام و نام خانوادگی معرف:

امضا

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز:

امضا

در این قسمت اگر پیامی برای مرکز دارید بنویسید

امضا و اثر انگشت مددجو

ملاقات

فرم شماره ۲۰

ردیف	نام مددجو	نام ملاقات کننده	نسبت با مددجو	تاریخ	توضیحات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					

نام و امضا مددیار

جلسات شورا

فرم شماره ۲۱

تاریخ جلسه:

شرکت کنندگان:

موضوع جلسه:

نتایج جلسه:

جلسه شورا مرکز با حضور اعضای فوق تشکیل شد و تصمیمات ذیل اتخاذ گردید:

امضای شرکت کنندگان با ذکر نام

تمدید دوره

فرم شماره ۲۲

نام: نام خانوادگی: سال تولد: شماره تلفن:

آدرس: استان شهر پلاک کوچه

نام معرف: شماره تلفن معرف:

تقاضا دارم با تمدید دوره اینجانب برای دوره اول ☐ دوم ☐ برابر مقررات بعلت:

موافقت فرمایید. در ضمن متعهد میشوم غیر از مفاد فرم پذیرش به عنوان خدمتگذار در هر محلی که در نظر گرفته شود مسئولیت خود را به طور جدی انجام دهم و در غیر این صورت ترخیص شوم. در ضمن کلا مفاد فرم پذیرش شماره مورخ را دوباره تأیید می کنم.

امضای متقاضی

تاریخ

مراتب در جلسه مورخ شورای مرکز مورد بررسی قرار گرفت و طبق رای شورا با تمدید دوره نام برده موافقت گردید ☐ نگردید ☐

نام مدیر مرکز: امضا

نام کارشناس مرکز: امضا

نام پزشک مرکز: امضا

نام مددیار مرکز: امضا

شماره قبض پذیرش:

تاریخ شروع دوره:

تاریخ پایان دوره:

* لازم است فرم بعد از تأیید همراه قبض پذیرش در پرونده متقاضی حفظ گردد.

پیگیری قبل از ترخیص نهایی (دوره غیر اقامت)

فرم شماره ۲۳

فهرست اسامی مددجویانی که سه روز غیبت مستمر در برنامه های بهبود و باز توانی داشته اند:

ردیف	نام و نام خانوادگی مددجو	شماره پرونده	تاریخ های غیبت در جلسات	تاریخ تماس های تلفنی	نتیجه تماس تلفنی
				تماس اول:	
				تماس دوم:	
				تماس سوم:	
				تماس اول:	
				تماس دوم:	
				تماس سوم:	
				تماس اول:	
				تماس دوم:	
				تماس سوم:	
				تماس اول:	
				تماس دوم:	
				تماس سوم:	
				تماس اول:	
				تماس دوم:	
				تماس سوم:	
				تماس اول:	
				تماس دوم:	
				تماس سوم:	
				تماس اول:	
				تماس دوم:	
				تماس سوم:	
				تماس اول:	
				تماس دوم:	
				تماس سوم:	

نام و امضا مددیار

تاییدیه ترخیص (پزشک، کارشناس و شورای مرکز)

فرم شماره ۲۴

اینجانب در تاریخ ساعت از مرکز اقامتی بهبود و بازتوانی ترخیص نهایی (پس از طی دوره اقامت و دوره غیر اقامتی) شده ام.

امضا و اثر انگشت مددجو

نظریه شورای مرکز (پزشک، مسئول مرکز، کارشناس و مددیاران) در خصوص ترخیص نهایی بیمار:

تاییدیه پزشک:

تاییدیه کارشناس:

آشنایی با برنامه های خود یاری:

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز

امضا

نام و نام خانوادگی معرف

امضا

ترخیص از دوره اقامت

فرم شماره ۲۵

نام و نام خانوادگی مددجو:

تاریخ پذیرش:

تاییدیه پزشک:

تاییدیه کارشناس:

تعیین تکلیف وضعیت اقامت و حمایت:

مجوز مراجع قانونی (در صورت داشتن معرف حقوقی):

تاییدیه شورا:

امضا و اثر انگشت مددجو

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز

امضا

نام و نام خانوادگی معرف:

امضا

ترخیص نهایی (اتمام دوره)

فرم شماره ۲۶

نام و نام خانوادگی مددجو:

تاریخ پذیرش:

تاییدیه پزشک:

تاییدیه کارشناس:

تعیین تکلیف وضعیت اقامت و حمایت:

مجوز مراجع قانونی (در صورت داشتن معرف حقوقی):

تاییدیه شورا:

امضا و اثر انگشت مددجو

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز

امضا

نام و نام خانوادگی معرف

امضا

ارجاع پس از اتمام دوره

فرم شماره ۲۷

مدیریت محترم مرکز

با سلام و احترام

بدینوسیله آقای/ خانم برای استفاده از خدمات آن مرکز حضورتان معرفی می گردند. ایشان دوره بهبود و بازتوانی را در مرکز اقامتی میان مدت پشت سر گذاشته اند. خلاصه پرونده ایشان به پیوست تقدیم می گردد.

نام مدیر مرکز

امضا، مهر و تاریخ

پیگیری پس از ترخیص نهایی

فرم شماره ۲۸

بازه زمانی	سی روز اول پس از ترخیص نهایی	بین ۳۰ تا ۹۰ روز پس از ترخیص نهایی	بین ۹۰ تا ۱۸۰ روز پس از ترخیص نهایی
تاریخ پیگیری			
توضیحات (نوع پیگیری)			
تاریخ پیگیری بعدی			
تاریخ پیگیری			
توضیحات			
تاریخ پیگیری بعدی			
تاریخ پیگیری			
توضیحات			
تاریخ پیگیری بعدی			
تاریخ پیگیری			
توضیحات			
تاریخ پیگیری بعدی			
تاریخ پیگیری			
توضیحات			
تاریخ پیگیری بعدی			
تاریخ پیگیری			
توضیحات			
تاریخ پیگیری بعدی			
تاریخ پیگیری			
توضیحات			
تاریخ پیگیری بعدی			

پیگیری پس از ترخیص نهایی

فرم شماره ۲۸

شرح وضعیت

سی روز اول پس از ترخیص نهایی

- مدت پاکی شما چقدر است ؟ آیا در جلسات گروه های خودیاری شرکت می کنید؟ بله ☐ خیر ☐
- آیا مشغول بکار شدید؟ بله ☐ خیر ☐
- درآمد به تومان :
- کجا زندگی می کنید ؟ بی خانمان ☐ خانه بهبودی یا بین راهی ☐ مستاجر ☐ مالک ☐ خانه پدری ☐ خانه دوستان ☐ محل کار ☐
- آیا تغییری در وضعیت تاهل شما به وجود آمده ؟
- در کدامیک از این مراسم مراکز اقامتی اعتیاد شرکت داشته اید ؟ جشن ها ☐ فراخوان ☐ همایش ☐ المپیاد ☐
- اگر نه علت چه بوده ؟
- کدام یک از این فعالیت ها را دارید ؟ تفریحی ☐ ورزشی ☐ خدمت ☐
- چه زمانی متوجه اعتیاد خود شده اید ؟ واکنش شما چه بود ؟
- آیا مطلبی یا مشکلی برای در میان گذاردن با ما دارید ؟ بنویسید :

نام و امضای مسئول پیگیری بهبودی

بین ۳۰ تا ۹۰ روز پس از ترخیص نهایی

- مدت پاکی شما چقدر است ؟ آیا در جلسات گروه های خودیاری شرکت می کنید؟ بله ☐ خیر ☐
- آیا مشغول به کار شدید؟ بله ☐ خیر ☐
- درآمد به تومان :
- کجا زندگی می کنید ؟ بی خانمان ☐ خانه بهبودی یا بین راهی ☐ مستاجر ☐ مالک ☐ خانه پدری ☐ خانه دوستان ☐ محل کار ☐
- آیا تغییری در وضعیت تاهل شما به وجود آمده ؟
- در کدامیک از این مراسم مراکز اقامتی اعتیاد شرکت داشته اید ؟ جشن ها ☐ فراخوان ☐ همایش ☐ المپیاد ☐
- اگر نه علت چه بوده ؟
- کدام یک از این فعالیت ها را دارید ؟ تفریحی ☐ ورزشی ☐ خدمت ☐
- آیا مطلبی یا مشکلی برای در میان گذاردن با ما دارید ؟ بنویسید :

نام و امضای مسئول پیگیری بهبودی

پیگیری پس از ترخیص نهایی

فرم شماره ۲۸

بین ۳۰ تا ۹۰ روز پس از ترخیص نهایی

مدت پاکی شما چقدر است ؟ آیا در جلسات گروه های خودیاری شرکت می کنید؟ بله ☐ خیر ☐

آیا مشغول بکار شدید؟ بله ☐ خیر ☐

درآمد به تومان :

کجا زندگی می کنید ؟ بی خانمان ☐ خانه بهبودی یا بین راهی ☐ مستاجر ☐ مالک ☐ خانه پدری ☐ خانه دوستان ☐ محل کار ☐

آیا تغییری در وضعیت تاهل شما به وجود آمده ؟

در کدامیک از این مراسم مراکز اقامتی اعتیاد شرکت داشته اید ؟ جشن ها ☐ فراخوان ☐ همایش ☐ المپیاد ☐

اگر نه علت چه بوده؟

کدام یک از این فعالیت ها را دارید ؟ تفریحی ☐ ورزشی ☐ خدمت ☐

چه زمانی متوجه اعتیاد خود شده اید ؟ واکنش شما چه بود ؟

آیا مطلبی یا مشکلی برای در میان گذاردن با ما دارید ؟ بنویسید :

نام و امضای مسئول پیگیری بهبودی

خلاصه پرونده

فرم شماره ۲۹

الف) اطلاعات هویتی مددجو

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

آدرس محل سکونت:

تاریخ پذیرش:

ب) تاریخچه و وضعیت هنگام مراجعه

ج) خلاصه اقدامات صورت گرفته در فرایند بهبود و باز توانی مددجو

د) وضعیت مددجو به هنگام ارجاع یا ترخیص

ه) توضیحات تکمیلی

نام مدیر مرکز

امضا، مهر و تاریخ

دفتر گزارش جلسات گروهی (مشارکت جمعی / آموزش گروهی / کار با گروه / گروه درمانی خانواده)

فرم شماره ۳۰

موضوع (یا موضوعات جلسه):

نوع جلسه: ☐ مشارکت جمعی ☐ آموزش گروهی ☐ کار با گروه ☐ گروه درمانی ☐ خانواده

تاریخ:

اعضای حاضر در جلسه

اعضای غایب در جلسه

شرح جلسه

نام، سمت و امضا برگزار کننده جلسه

دفتر فهرست‌ارجاع‌ها

فرم شماره ۳۱

(ماہ سال)

[illegible]

دفتریگیری مددجویان

فرم شماره ۳۲

(ماه سال)

[illegible]