

پرسشنامه بررسی الگوی مصرف مواد اعتیاد آور

(فرم شماره ۵)

۱- استان:.....	۲- شهرستان:.....	۳- تاریخ <input type="text"/>	۴- شماره ردیف <input type="text"/>
۵- نوع و نام مرکز	۱- خصوصی	(نام مرکز) دولتی	(نام مرکز).....

الف : مشخصات فردی

۶- جنس	<input type="checkbox"/> ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن
۷- تاریخ تولد	<input type="text"/>
۸- تحصیلات	۱- بیسواد <input type="checkbox"/> ۲- خواندن و نوشتن <input type="checkbox"/> ۳- راهنمایی یا سیکل <input type="checkbox"/> ۴- پیش دانشگاهی یا دیپلم <input type="checkbox"/> ۵- فوق دیپلم و بالاتر <input type="checkbox"/>
۹- وضعیت تاهل	۱- مجرد <input type="checkbox"/> ۲- متاهل <input type="checkbox"/> ۳- مطلقه یا متارکه کرده است <input type="checkbox"/> ۴- همسر فوت کرده است <input type="checkbox"/>
۱۰- تعداد فرزندان	<input type="text"/> <input type="text"/>
۱۱- شغل	۱- دانش آموز <input type="checkbox"/> ۲- دانشجو <input type="checkbox"/> ۳- خانه دار <input type="checkbox"/> ۴- بیکار <input type="checkbox"/> ۵- باز نشسته <input type="checkbox"/> ۶- شاعل در بخش دولتی <input type="checkbox"/> ۷- شاغل در بخش خصوصی <input type="checkbox"/>

ب- مشخصات فردی

شیوه مصرف	تدخین (دود کردن)	خوردن	تزریق	انفیه	نوشیدن	سایر (نام ببرید)	۱۳- دفعات مصرف (طی یکماه قبل)	۱۴- مواد مصرفی در طول عمر	۱۵- سن شروع مصرف
حشیش <input type="checkbox"/>							۱- هر روز ۲- هر چند روز یکبار ۳- گهگاه	حشیش <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تریاک (یا شیره سوخته) <input type="checkbox"/>								تریاک (یا شیره سوخته) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هروئین <input type="checkbox"/>								هروئین <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الکل <input type="checkbox"/>								الکل <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سایر (نام ببرید)							سایر (نام ببرید)	<input type="checkbox"/>	
..... <input type="checkbox"/>						 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
..... <input type="checkbox"/>						 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
..... <input type="checkbox"/>						 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
..... <input type="checkbox"/>						 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
..... <input type="checkbox"/>						 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

۱۶- سابقه تزریق مواد	۱۷- سابقه استفاده از وسایل مشترک برای تزریق	۱۸- دفعات استفاده از وسایل مشترک برای تزریق در طی ۲۴ ماه گذشته
۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> ۳- سن اولیه تزریق <input type="checkbox"/>	۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>	۱- غالباً <input type="checkbox"/> ۲- گه گاه <input type="checkbox"/> ۳- ندرتاً <input type="checkbox"/> ۴- هرگز <input type="checkbox"/>

۱۹- علت مراجعه برای درمان	۱- تمایل شخصی <input type="checkbox"/>	۲- فشار خانواده یا اطرافیان <input type="checkbox"/>
---------------------------	--	--

۲۰- تعداد دفعات ترک قبلی	<input type="text"/> <input type="text"/>
--------------------------	---