

پرسشنامه بررسی الگوی مصرف مواد اعتیاد آور

(فرم شماره ۳)

۱- استان:.....	۲- شهرستان:.....	۳- تاریخ	۴- شماره ردیف
۵- نوع و نام مرکز		۱- خصوصی	(نام مرکز) دولتی

الف : مشخصات فردی

جنس	۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>
تاریخ تولد	<input type="text"/>
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"/>
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"/>
تعداد فرزندان	<input type="text"/> <input type="text"/>
شغل	۱- دانش آموز <input type="checkbox"/> ۲- دانشجوی <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- هرروز ۲- هر چند روز یکبار ۳- گهگاه	حشیش	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
تریاک (یا شیره سوخته)								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)	<input type="checkbox"/>							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"/> <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"/>
--------------------------	---