

## فرم شماره سه - فرم ارزیابی دوره‌ای

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...				* کد روش مصرف: خوراکی = ۱ / مشامی = ۲ / استنشاقی = ۳ / 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

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

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

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

۲۳- 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"/>	

۲۴- 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

۲۵- 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

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

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

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

زندگی در یک مکان مسکونی  زندگی در یک سرپناه (شلتز)

زندگی در فضای بیرون (بی‌سرپناه)  سایر  مشخص کنید: .....

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

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

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

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

اصلاً  اندکی  در حد متوسط  زیاد  بسیار زیاد

۳۲- در حال حاضر چقدر از حمایت عاطفی و روانی خانواده برخوردار هستید؟

اصلاً  اندکی  در حد متوسط  زیاد  بسیار زیاد