

ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU TRƯỚC KHI THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH METHADONE

Ngày đánh giá:...../...../.....

Tư vấn viên:.....

A. Thông tin bệnh nhân

I. Thông tin chung

- Họ và tên:..... Tuổi:..... Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐
- Trình độ học vấn:.....
- Tình trạng hôn nhân hiện tại:.....
- Địa chỉ liên lạc:.....
- Vì sao biết đến chương trình này:.....

II. Thông tin về tâm lý xã hội

6. Nơi ở, mối quan hệ gia đình và sự hỗ trợ

Bệnh nhân có nơi ở ổn định: Có ☐ Không ☐ Đang ở thuê ☐

Miêu tả cụ thể (Sống cùng nhà với những ai, mô tả cụ thể từng người như bố, mẹ, vợ/chồng, con cái, anh chị em,... với những yếu tố về tuổi, nghề nghiệp, đặc điểm nổi bật...)

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

7. Mối quan hệ gia đình

7.1. Bệnh nhân là con thứ mấy trong gia đình?.....

7.2. Ai là người có ảnh hưởng nhất đối với bệnh nhân?.....

7.3. Ai là người hỗ trợ chính về tài chính? Hỗ trợ như thế nào?.....

.....

7.4. Ai là người hỗ trợ chính về tâm lý, tình cảm? Hỗ trợ như thế nào?.....

.....

8. Công việc hiện tại? (Mô tả kỹ).....

.....

Đã được đào tạo những ngành nghề hoặc đã làm nghề gì trước kia?.....

.....

9. Tài chính

9.1. Thu nhập trung bình 1 tháng:.....

Thu nhập bản thân:..... Hỗ trợ từ nguồn khác:.....

9.2. Bạn có đang nợ nần ai không?

Không ☐ Có ☐

Số tiền:.....

10. Phương tiện đi lại chủ yếu?.....

Khó khăn gì trong việc đến uống thuốc hàng ngày: Không ☐ Có ☐

Nêu rõ:.....

11. Hành vi tình dục

Hiện có quan hệ tình dục thường xuyên không? Không ☐ Có ☐.....lần/tháng

Có thường xuyên sử dụng BCS không? Không ☐ Có ☐

Với bạn tình thường xuyên? Không ☐ Có ☐

Với phụ nữ mại dâm? Không ☐ Có ☐

12. Tiền án, tiền sự? Không ☐ Có ☐

Nêu rõ:.....

III. Thông tin về tiền sử sử dụng chất gây nghiện

13. Chi tiết về các loại ma túy đã và đang sử dụng (Xem phần II bệnh án)

Heroin

Lý do lần đầu đầu sử dụng:

Thời gian sử dụng đợt này:

Số lần sốc thuốc:

Lý do sốc thuốc:

14. Đánh giá theo tiêu chuẩn ICD 10, Không ☐ Có ☐

Tiêu chí chẩn đoán lệ thuộc

.....

15. Lần điều trị can thiệp trước đây

Biện pháp điều trị	Thời gian điều trị (Từ/..... –/.....)	Nơi điều trị	Thời gian ngừng sử dụng sau đó

16. Lý do tái nghiện

Lý do tái nghiện chủ yếu.....

17. Các loại gây nghiện khác (Rượu, thuốc lá, cần sa, thuốc lắc, hàng đá, thuốc ngủ...)

Tên chất gây nghiện	Lý do lần đầu sử dụng	Hình thái sử dụng (Tần suất, số lượng, đường dùng)	Chẩn đoán nghiện

18. Đánh giá động cơ tham gia chương trình

Điều thích về việc sử dụng heroin	Điều không thích/khó khăn khi sử dụng heroin

19. Giai đoạn thay đổi hành vi:

20. Lý do điều trị:.....

21. Mong muốn của bệnh nhân khi tham gia chương trình:.....
.....

IV. Hiểu về methadone

22. Bạn biết thông tin gì về methadone và chương trình điều trị?
.....
.....

23. Bạn có biết là nếu được điều trị thì HÀNG NGÀY bạn phải đến uống thuốc tại cơ sở không?
Không ☐ Có ☐

24. Điều đó đối với bạn như thế nào?
.....

V. Thông tin về sức khỏe tâm thần và bệnh khác

25. Trong thời gian 2 tuần gần đây, bạn có cảm thấy buồn hầu hết thời gian trong ngày không?
Không ☐ (nếu có hỏi tiếp câu 28) Có ☐ (nếu có hỏi tiếp câu 26)

26. Bạn có cảm thấy mất hứng làm bất kể việc gì không? Không ☐ Có ☐
Nếu trả lời có ít nhất 1 câu trên thì sử dụng thang điểm Kessler
.....

27. Đánh giá thang điểm Kessler: Tổng số điểm:...../mức độ:.....
Đã bao giờ có ý định tự tử/tự sát chưa? Chưa ☐ Có ☐
Nếu có, hiện nay bạn có ý định tự tử/tự sát không? Không ☐ Có ☐
Điều gì khiến bạn không thực hiện nữa?
.....
.....

28. Bệnh nhân đã biết tình trạng HIV của mình chưa? Chưa ☐ Có ☐
Nếu có là khi nào?.....

B. Tóm tắt tổng hợp thông tin của bệnh nhân và đánh giá

Bệnh nhân có đủ điều kiện tham gia chương trình? Không ☐ Có ☐

Các vấn đề nổi bật

.....

.....

.....

.....

Chuyển gửi bệnh nhân

.....

.....

Lịch hẹn tiếp theo

.....

.....