

## Phụ lục 2. CHẨN ĐOÁN LỆ THUỘC ATS

### 1. Chẩn đoán lệ thuộc theo ICD10

#### A. Tiêu chuẩn lâm sàng:

Theo Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10 (ICD-10) năm 1992 của Tổ chức Y tế thế giới: chẩn đoán xác định nghiện ma túy khi có đủ tối thiểu 3 trong 6 nhóm triệu chứng sau đây đã được biểu hiện vào một lúc nào đó trong vòng 12 tháng trở lại đây:

- a) Thêm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng ma túy.
- b) Khó khăn trong việc kiểm tra thói quen sử dụng ma túy như thời gian bắt đầu, kết thúc hoặc liều lượng sử dụng.
- c) Xuất hiện hội chứng cai ma túy khi ngừng hoặc giảm đáng kể liều lượng ma túy đang sử dụng hoặc phải dùng lại ma túy để làm giảm nhẹ triệu chứng hoặc làm mất hội chứng cai ma túy.
- d) Có khuynh hướng tăng liều để chấm dứt hậu quả do liều thấp gây ra.
- đ) Sao nhãng các thú vui, sở thích, công việc trước đây bằng việc tìm kiếm và sử dụng ma túy.
- e) Tiếp tục sử dụng ma túy mặc dù biết tác hại, thậm chí đã có bằng chứng rõ ràng về tác hại của ma túy đối với bản thân gia đình và xã hội.

#### B. Tiêu chuẩn xét nghiệm:

Phải xác định được sự có mặt của ma túy ATS trong nước tiểu

### 2. Chẩn đoán mức độ rối loạn sử dụng chất theo DSM-5

| Biểu hiện bằng ít nhất 2 trong số những biểu hiện sau đây xảy ra trong 12 tháng qua: |  |           |                           |
|--|--|-----------|---------------------------|
|  | Triệu chứng  | Loại chất | Thời điểm xuất hiện triệu |
| <input type="checkbox"/>   | 1. Sử dụng chất với lượng nhiều hơn và trong thời gian dài hơn dự tính                                       |           |                           |
| <input type="checkbox"/>   | 2. Muốn giảm hoặc dừng sử dụng nhưng không thành công  |           |                           |
| <input type="checkbox"/>   | 3. Dành nhiều thời gian để tìm kiếm, sử dụng và bình phục sau tác động của chất                              |           |                           |
| <input type="checkbox"/>   | 4. Thêm nhớ hoặc cảm giác buộc phải sử dụng chất   |           |                           |
| <input type="checkbox"/>   | 5. Không làm được những việc nên làm trong công việc, ở nhà hoặc ở trường do sử dụng chất thường             |           |                           |
| <input type="checkbox"/>   | 6. Tiếp tục sử dụng, kể cả khi tác động của chất gây ra hoặc làm trầm trọng hơn vấn đề trong các mối quan hệ |           |                           |
| <input type="checkbox"/>   | 7. Bỏ các hoạt động xã hội, công việc hoặc giải trí quan trọng vì sử dụng chất                               |           |                           |
| <input type="checkbox"/>   | 8. Tiếp tục sử dụng trong các tình huống bản thân có thể gặp nguy hiểm.                                      |           |                           |
| <input type="checkbox"/>   | 9. Tiếp tục sử dụng dù biết gặp vấn đề thực thể hoặc tâm lý có thể vì việc sử dụng gây ra hoặc làm xấu đi    |           |                           |
| <input type="checkbox"/>   | 10. Độ dung nạp, định nghĩa như sau:<br>a) Cần nhiều chất hơn để đạt được cảm giác mong                      |           |                           |
| <input type="checkbox"/>   | 11. Triệu chứng cai.   |           |                           |

|  |   |             |
|--|---|-------------|
|  | <b>Rối loạn sử dụng chất mức độ nhẹ (2-3 triệu chứng)</b>   | (Các) chất: |
|  | <b>Rối loạn sử dụng chất mức độ trung bình (4-5 triệu chứng)</b>  | (Các) chất: |
|  | <b>Rối loạn sử dụng chất mức độ nặng (<math>\geq 6</math> triệu chứng)</b>  | (Các) chất: |
|  | Trong giai đoạn thuyên giảm sớm (không còn triệu chứng nào khác ngoài thèm nhớ trong khoảng thời gian từ 3 đến dưới 12 tháng) | (Các) chất: |
|  | Trong giai đoạn thuyên giảm ổn định (không còn triệu chứng nào khác ngoài thèm nhớ trong khoảng thời gian trên 12 tháng)      | (Các) chất: |
|  | Trong môi trường bị kiểm soát (nơi bệnh nhân bị hạn chế tiếp cận tới chất)  |             |
|  | Đang điều trị duy trì (nếu bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc đồng vận và không gặp triệu chứng nào)                     | Thuốc:      |

*\* Các triệu chứng 10 và 11 không áp dụng nếu khách hàng đang sử dụng thuốc an thần /thuốc ngủ /giảm lo âu, thuốc dạng thuốc phiện hoặc thuốc dạng kích thích theo chỉ định của bác sĩ (ví dụ: không dùng chung với chất hiệp đồng, không dùng thường xuyên hơn hoặc với số lượng lớn hơn quy định, không vận hành máy móc, v.v.).*

### **Phụ lục 3. HỘI CHỨNG CAI ATS**

#### **1. Biểu hiện lâm sàng**

a) Thường xuất hiện sau 1- 3 ngày sau khi giảm hoặc ngừng sử dụng ATS ở người nghiện ATS.

b) Hội chứng cai có thể bị triệu chứng loạn thần che lấp hoặc mờ đi do điều trị thuốc chống loạn thần.

#### **2. Chẩn đoán:**

A - Các tiêu chuẩn chung đối với trạng thái cai (F1X.3) phải được đáp ứng

B - Có rối loạn khí sắc (ví dụ buồn hoặc mất khoái cảm).

C - Hai trong 6 dấu hiệu sau đây phải có mặt:

+ Mất ngủ hoặc ngủ lịm và mệt mỏi.

+ Chậm chạp hoặc kích động tâm thần vận động.

+ Cảm giác thèm khát với một chất kích thích.

+ Tăng khẩu vị.

+ Có các giấc mơ khó chịu hoặc ác mộng.

Từ ngày thứ 4 sau khi giảm hoặc ngừng ATS, bệnh nhân thường xuất hiện thêm hội chứng trầm cảm.

## Phụ lục 4. THANG SÀNG LỌC SỨC KHỎE TÂM THẦN

### 1. *Nghiệm phát Beck*

## NGHIỆM PHÁP BECK (BDI)

Họ và tên: ..... Tuổi: ..... Giới: .....

Nghề nghiệp: ..... Mã bệnh án: .....

Ngày làm: .....

### **Hướng dẫn:**

Bảng dưới đây gồm 21 đề mục được đánh số từ 1 đến 21. Với mỗi đề mục, bạn hãy đọc kỹ và chọn ra 1 câu mô tả gần giống nhất với tình trạng mà bạn cảm thấy **trong 1 tuần trở lại đây, kể cả ngày hôm nay**. Khoanh tròn vào con số trước câu mà bạn chọn. Chú ý rằng với mỗi đề mục, bạn chỉ được chọn 1 lựa chọn. Hãy đừng bỏ sót đề mục nào

### **1. Buồn rầu**

- 0 Tôi không cảm thấy buồn
- 1 Nhiều lúc tôi cảm thấy buồn
- 2 Tôi cảm giác buồn suốt ngày
- 3 Tôi rất buồn hoặc rất bất hạnh đến mức không thể chịu được

### **2. Bi quan**

- 0 Tôi không cảm thấy thất vọng về tương lai của mình
- 1 Tôi cảm thấy thất vọng hơn trước về tương lai của mình
- 2 Tôi cảm thấy mình chẳng có gì mong đợi ở tương lai cả
- 3 Tôi cảm thấy tương lai tuyệt vọng và tình hình chỉ có thể tiếp tục xấu đi

### **3. Mặc cảm thất bại**

- 0 Tôi không cảm thấy mình là kẻ thất bại
- 1 Tôi thấy mình thất bại nhiều hơn những người khác
- 2 Nhìn lại quá khứ, tôi thấy mình đã có quá nhiều thất bại
- 3 Tôi cảm thấy mình là một người hoàn toàn thất bại

### **4. Mất cảm giác vui vẻ, thích thú**

- 0 Tôi còn thích thú với những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích
- 1 Tôi ít thích những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích
- 2 Tôi còn rất ít thích thú về những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích
- 3 Tôi không còn chút thích thú nào nữa

### **5. Cảm giác tội lỗi**

- 0 Tôi hoàn toàn không cảm thấy có tội lỗi gì ghê gớm cả
- 1 Phần nhiều những việc tôi đã làm tôi đều cảm thấy có tội
- 2 Tôi luôn cảm thấy mình là người có tội
- 3 Lúc nào tôi cũng cảm thấy mình có tội

### **6. Mặc cảm bị trừng phạt**

- 0 Tôi không cảm thấy mình đang bị trừng phạt
- 1 Tôi cảm thấy có lẽ mình đang bị trừng phạt
- 2 Tôi thấp thỏm chờ đợi bị trừng phạt
- 3 Tôi cảm thấy mình đang bị trừng phạt

### **7. Thất vọng về bản thân**

- 0 Tôi thấy bản thân mình vẫn như trước kia
- 1 Tôi không còn tin tưởng vào bản thân
- 2 Tôi thất vọng với bản thân
- 3 Tôi ghét bản thân mình

## **8. Buộc tội bản thân**

- 0 Tôi không phê phán hoặc đổ lỗi cho bản thân hơn trước kia
- 1 Tôi phê phán bản thân mình nhiều hơn trước kia
- 2 Tôi phê phán bản thân về tất cả những lỗi lầm của mình
- 3 Tôi đổ lỗi cho bản thân về tất cả mọi điều tồi tệ xảy ra

## **9. Ý nghĩ tự sát**

- 0 Tôi không có ý nghĩ tự sát
- 1 Tôi có ý nghĩ tự sát nhưng không thực hiện
- 2 Tôi muốn tự sát
- 3 Nếu có cơ hội, tôi sẽ tự sát

## **10. Muốn khóc, tủi thân**

- 0 Tôi không khóc nhiều hơn trước kia
- 1 Tôi hay khóc nhiều hơn trước kia
- 2 Tôi thường hay khóc vì những điều nhỏ nhặt
- 3 Tôi thấy muốn khóc nhưng không thể khóc được

## **11. Cảm giác bồn chồn, không yên tâm**

- 0 Tôi không dễ bồn chồn và căng thẳng hơn thường lệ
- 1 Tôi cảm thấy dễ bồn chồn và căng thẳng hơn thường lệ
- 2 Tôi cảm thấy bồn chồn và căng thẳng đến mức khó có thể ngồi yên được
- 3 Tôi thấy rất bồn chồn và kích động đến mức liên tục phải đi lại hoặc làm việc gì đó

## **12. Mất hết hứng thú**

- 0 Tôi quyết định mọi việc cũng tốt như trước
- 1 Tôi ít quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh hơn trước
- 2 Tôi mất hầu hết sự quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh
- 3 Tôi không còn quan tâm đến bất kỳ điều gì nữa

## **13. Không có khả năng quyết định**

- 0 Tôi quyết định mọi việc cũng tốt như trước
- 1 Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước
- 2 Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước rất nhiều
- 3 Tôi chẳng còn có thể quyết định được việc gì cả

## **14. Cảm giác vô giá trị, vô dụng**

- 0 Tôi không cảm thấy mình là người vô dụng
- 1 Tôi không cho rằng mình có giá trị và có ích như trước kia
- 2 Tôi cảm thấy mình vô dụng hơn so với những người xung quanh
- 3 Tôi cảm thấy mình là người hoàn toàn vô dụng

## **15. Mất nghị lực, bất lực**

- 0 Tôi thấy mình vẫn tràn đầy sinh lực như trước đây
- 1 Sức lực của tôi kém hơn trước
- 2 Tôi không đủ sức lực để làm được nhiều việc nữa
- 3 Tôi không đủ sức lực để làm được bất cứ việc gì nữa

## **16. Ngủ thất thường, thay đổi**

- 0 Tôi không thấy có chút thay đổi gì trong giấc ngủ của tôi
- 1a Tôi ngủ hơi nhiều hơn trước
- 1b Tôi ngủ hơn ít hơn trước
- 2a Tôi ngủ nhiều hơn trước
- 2b Tôi ngủ ít hơn trước
- 3a Tôi ngủ hầu như suốt cả ngày

3b Tôi thức dậy 1-2 giờ sớm hơn trước và không thể ngủ lại được

**17. Cấu bản, bực tức**

- 0 Tôi không dễ cấu kính và bực bội hơn trước
- 1 Tôi dễ cấu kính và bực bội hơn trước
- 2 Tôi dễ cấu kính và bực bội hơn trước rất nhiều
- 3 Lúc nào tôi cũng dễ cấu kính và bực bội

**18. Mất cảm giác ngon miệng, thèm ăn**

- 0 Tôi vẫn ăn ngon miệng như trước
- 1a Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước
- 1b Tôi ăn ngon miệng hơn trước
- 2a Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước rất nhiều
- 2b Tôi ăn ngon miệng hơn trước rất nhiều
- 3a Tôi không thấy ngon miệng một chút nào cả
- 3b Lúc nào tôi cũng thấy thèm ăn

**19. Khó tập trung chú ý**

- 0 Tôi có thể tập trung chú ý tốt như trước
- 1 Tôi không thể tập trung chú ý được như trước
- 2 Tôi thấy khó tập trung chú ý lâu được vào bất cứ điều gì
- 3 Tôi thấy mình không thể tập trung chú ý được vào bất cứ điều gì nữa

**20. Mệt mỏi**

- 0 Tôi không mệt mỏi hơn trước
- 1 Tôi dễ mệt mỏi hơn trước
- 2 Hầu như làm bất kỳ việc gì tôi cũng thấy mệt mỏi
- 3 Tôi quá mệt mỏi khi làm bất kỳ việc gì

**21. Mất hứng thú trong sinh hoạt tình dục**

- 0 Tôi không thấy có thay đổi gì trong hứng thú tình dục
- 1 Tôi ít hứng thú với tình dục hơn trước
- 2 Hiện nay tôi rất ít hứng thú với tình dục
- 3 Tôi hoàn toàn mất hứng thú tình dục

*Xin hãy kiểm tra lại xem còn bỏ sót đề mục nào chưa đánh dấu nữa hay không?*

**Cách tính và diễn giải điểm (không in chung trong phiếu trắc nghiệm)**

Cộng tổng điểm của 21 câu trên và so sánh với bảng dưới đây:

|         |                             |
|---------|-----------------------------|
| 1 – 10  | Bình thường                 |
| 11 – 16 | Rối loạn khí sắc nhẹ        |
| 17 – 20 | Rối loạn trầm cảm ranh giới |
| 21 – 30 | Trầm cảm vừa                |
| 31 – 40 | Trầm cảm nặng               |
| Trên 40 | Trầm cảm rất nặng           |

Nếu bệnh nhân thường xuyên có điểm từ 17 trở lên trong các đánh giá định kỳ, cần liên hệ thăm khám chuyên khoa tâm thần để được can thiệp kịp thời.

**2. Thang công cụ DASS21**

**THANG ĐÁNH GIÁ DASS 21**

Họ tên: \_\_\_\_\_ Nghề \_\_\_\_\_  
nghịệp: \_\_\_\_\_

Mã bệnh án: \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

làm: \_\_\_\_\_

**Hướng dẫn:**

Hãy đọc mỗi câu và khoanh tròn các số 0, 1, 2 và 3 ứng với tình trạng mà bạn cảm thấy trong vòng một tuần qua. Không có câu trả lời đúng hay sai. Và đừng dừng lại quá lâu ở bất kỳ câu nào.

Mức độ đánh giá:

- 0 Không đúng với tôi chút nào cả - KHÔNG BAO GIỜ
- 1 Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng – ĐÔI KHI
- 2 Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng – THƯỜNG XUYÊN
- 3 Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng – GẦN NHƯ LUÔN LUÔN

**Dành cho cán bộ y tế**

|    |  | Không<br>bao<br>giờ | Đôi<br>khi | Thường<br>xuyên | Luôn<br>luôn | Trầm<br>cảm | Lo<br>âu | Căng<br>thẳng |
|----|--|---------------------|------------|-----------------|--------------|-------------|----------|---------------|
| 1  | Tôi cảm thấy khó mà thoải mái được   |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 2  | Tôi cảm thấy khô miệng   |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 3  | Tôi dường như chẳng có chút cảm xúc tích cực nào                                     |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 4  | Tôi cảm thấy khó thở (thở gấp, khó thở dù chẳng làm việc gì nặng)                    |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 5  | Tôi thấy khó bắt tay vào công việc   |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 6  | Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với các tình huống                                 |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 7  | Tôi cảm thấy run (ví dụ: tay)  |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 8  | Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều  |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 9  | Tôi lo lắng về những tình huống có thể làm tôi hoảng sợ hoặc biến tôi thành trò cười |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 10 | Tôi thấy mình chẳng có gì để mong đợi cả   |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 11 | Tôi thấy bản thân dễ bị kích động  |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 12 | Tôi thấy khó thư giãn được   |                     |            |                 |              |             |          |               |
| 13 | Tôi cảm thấy chán nản, buồn bã   |                     |            |                 |              |             |          |               |

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
| 14 | Tôi không chấp nhận được việc có cái gì đó xen vào cản trở tôi đang làm                                   |  |  |  |  |
| 15 | Tôi thấy mình gần như hoảng loạn  |  |  |  |  |
| 16 | Tôi không thể hăng hái với bất kì việc gì nữa   |  |  |  |  |
| 17 | Tôi cảm thấy mình chẳng đáng làm người  |  |  |  |  |
| 18 | Tôi thấy mình khá dễ phật ý, tự ái  |  |  |  |  |
| 19 | Tôi nghe thấy rõ tiếng nhịp tim dù không làm việc gì nặng cả (Ví dụ: cảm thấy nhịp tim tăng, tim lỡ nhịp) |  |  |  |  |
| 20 | Tôi thấy sợ vô cớ   |  |  |  |  |
| 21 | Tôi thấy cuộc sống vô nghĩa   |  |  |  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**TỔNG**

#### Cách tính điểm

Điểm của Trầm cảm, Lo âu và Stress được tính bằng cách cộng điểm các đề mục thành phần rồi nhân hệ số 2.

| Mức độ      | Trầm cảm | Lo âu | Stress |
|-------------|----------|-------|--------|
| Bình thường | 0-9      | 0-7   | 0-14   |
| Nhẹ         | 10-13    | 8-9   | 15-18  |
| Vừa         | 14-20    | 10-14 | 19-25  |
| Nặng        | 21-27    | 15-19 | 26-33  |
| Rất nặng    | ≥ 28     | ≥ 20  | ≥ 34   |



## Phụ lục 5. BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ

### 1. Phiếu đánh giá ban đầu (cho tư vấn viên)

#### BỘ Y TẾ

Sở Y tế: .....

CSĐT .....

#### ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU

Ngày đánh giá: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Tư vấn viên:.....

#### A. Thông tin bệnh nhân

##### I. Thông tin chung

1. Họ và tên: ..... Tuổi:..... Giới tính: Nam  Nữ

2. Trình độ học vấn:.....

3. Tình trạng hôn nhân hiện tại:.....

4. Địa chỉ liên lạc:.....

##### II. Thông tin về hỗ trợ xã hội ở thời điểm hiện tại

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

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...)

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

##### 6. Mối quan hệ gia đình

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

.....

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

.....

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

.....

##### 7. Công việc hiện tại? (Mô tả kỹ)

.....

##### 8. Tài chính

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

#### III. Thông tin về tiền sử sử dụng hàng đá

##### 9. Chi tiết về sử dụng ma túy đá

Lý do lần đầu đầu sử dụng:.....

Thời gian sử dụng đợt này (trong 30 ngày qua, liều lượng hàng ngày, số tiền, cách dùng...):.....

.....

.....

##### 10. Đánh giá mức độ lệ thuộc theo tiêu chuẩn DSM-V

(Xem biểu mẫu DSM-5 để điền kết quả)

Mức độ rối loạn sử dụng chất:  Nhẹ (2-3TC);  Trung bình (4-5TC);  Nặng ( $\geq 6TC$ );

**11. Lần điều trị can thiệp trước đây**

| Biện pháp điều trị | Thời gian điều trị         | Nơi điều trị | Thời gian ngừng sử dụng sau đó |
|--------------------|----------------------------|--------------|--------------------------------|
|                    | Từ...../..... -...../..... |              |                                |
|                    |                            |              |                                |

**12. Lý do sử dụng lại**

Lý do tái nghiện chủ yếu.....  
.....

**13. Các loại gây nghiện dùng kèm** (Rượu, thuốc lá, cần sa, thuốc lắc, hàng đá, thuốc ngủ...)  
.....  
.....

**14. Đánh giá động cơ tham gia chương trình**

| Điều thích về việc sử dụng ATS | Điều không thích/khó khăn khi sử dụng ATS |
|--------------------------------|---|
|                                |   |

**15. Giai đoạn thay đổi hành vi:**.....

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

**V. Thông tin về tình trạng HIV**

**17. Đánh giá thang điểm DASS** (Xem biểu mẫu DASS để điền kết quả):

Điểm Trầm cảm:..... /Mức độ:.....

Điểm Lo âu:..... /Mức độ:.....

Điểm Stress:..... /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? .....  
.....

**18. Sàng lọc loạn thần** (Xem biểu mẫu Psychosis)

Có triệu chứng/dấu hiệu loạn thần không? Không  Có

**19. Bệnh nhân đã biết tình trạng HIV của mình chưa?** Chưa  Có

Nếu có là khi nào?.....

Nếu xét nghiệm dương tính với HIV, bạn đã được điều trị ARV chưa?

Chưa  Có

Anh/chị có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV?:.....  
.....

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

**Điểm nổi bật:**

Quan hệ gia đình:.....  
.....

Công việc, tài chính: .....  
.....

Động cơ tham gia chương trình can thiệp

.....  
.....  
Sức khỏe tâm thần  
.....  
.....

**Chuyển gửi bệnh nhân**  
.....  
.....

**Phân loại nhóm điều trị (dựa theo kết quả sàng lọc ASSIST):**

1.  Nguy cơ Trung bình;      2.  Nguy cơ cao;

**Giới thiệu về kế hoạch tiếp theo và lên lịch hẹn**  
.....  
.....  
.....

**2. Mẫu bệnh án**

**BỆNH ÁN**

**I. HÀNH CHÍNH**

1. Họ và tên:..... 2. Nam/nữ    3. Ngày sinh:...../...../.....  
4. Nghề nghiệp: ..... 5. Dân tộc.....  
6. Địa chỉ: ..... Điện thoại:.....  
7. Tình trạng hôn nhân: .....  
8. Trình độ học vấn: .....  
9. Khả năng tài chính: .....  
10. Khi cần thì báo tin cho ai, địa chỉ: ..... Điện thoại:.....  
11. Ngày vào điều trị: ...../...../.....  
12. Nơi giới thiệu: (Ghi rõ đơn vị và địa chỉ nơi giới thiệu đến) .....  
13. CMND số: ..... Ngày cấp: ...../...../..... Nơi cấp: .....

**II. LÝ DO ĐẾN KHÁM**  
.....  
.....

**III. PHẦN LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG CÁC CHẤT GÂY NGHIỆN**

**1. Các chất gây nghiện đã và đang sử dụng**

| Chất gây nghiện đã sử dụng | Tuổi lần đầu sử dụng | Tuổi lần đầu tiêm chích | Tổng thời gian sử dụng thường | Trong 1 tháng trở lại đây |                      |               |                   |
|----------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------|---------------|-------------------|
|                            |                      |                         |                               | Số ngày sử dụng trong     | Số lần sử dụng trong | Cách sử dụng* | Tổng số tiền/ngày |
| CDTP**:                    |                      |                         |                               |                           |                      |               |                   |
| ATS***:                    |                      |                         |                               |                           |                      |               |                   |
| Ecstasy                    |                      |                         |                               |                           |                      |               |                   |
| Cần sa                     |                      |                         |                               |                           |                      |               |                   |
| Benzodiazepine             |                      |                         |                               |                           |                      |               |                   |
| Phenobarbital              |                      |                         |                               |                           |                      |               |                   |
| Rượu                       |                      |                         |                               |                           |                      |               |                   |
| Thuốc lá                   |                      |                         |                               |                           |                      |               |                   |
| Chất khác                  |                      |                         |                               |                           |                      |               |                   |

\* Cách sử dụng: 1=Uống, 2=Hít, 3=Hút, 4=Tiêm tĩnh mạch

\*\* CDTP: Chất dạng thuốc phiện: 1 = Thuốc phiện, 2=Morphine, 3=Heroin

\*\*\*ATS : 1=Amphetamine, 2=Methamphetamine

**2. Các yếu tố liên quan**

**2.1. Các hành vi nguy cơ liên quan đến sử dụng chất gây nghiện :**

Tiền sử quá liều : Không  Có

Nếu có, ghi rõ thời gian và tình huống quá liều của mỗi lần

.....

Tiền sử sử dụng chung bơm kim tiêm : Không  Có

Nếu có, ghi rõ thời gian và tình huống dùng chung bơm kim tiêm lần gần đây nhất :

.....

**2.2. Các hành vi tình dục không an toàn:**

|                                       |                          |                          |   |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
|                                       | <b>Không</b>             | <b>Có</b>                |   |
| Quan hệ với nhiều bạn tình:           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Không sử dụng BCS thường xuyên <input type="checkbox"/> |
| Quan hệ với người bán dâm:            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Không sử dụng BCS thường xuyên <input type="checkbox"/> |
| Quan hệ tình dục với người đồng giới: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Không sử dụng BCS thường xuyên <input type="checkbox"/> |

**2.3. Tiền sử cai nghiện**

Số lần đã cai nghiện:

.....

| Năm | Địa điểm (*) | Thời gian | Phương pháp (**) | Lý do tái nghiện |
|-----|--------------|-----------|------------------|------------------|
|     |              |           |                  |                  |
|     |              |           |                  |                  |
|     |              |           |                  |                  |
|     |              |           |                  |                  |
|     |              |           |                  |                  |
|     |              |           |                  |                  |

(\*) Địa điểm: 1= Trung tâm GDLĐXH; 2= Tại gia đình và cộng đồng; 3= Cơ sở cai nghiện tự nguyện;

4= Bệnh viện; 5= Khác.

(\*\*) Phương pháp: 1= Hỗ trợ điều trị cắt cơn bằng thuốc an thần kinh; 2= Châm cứu; 3= Thuốc y học cổ truyền; 4= Phục hồi chức năng tại Trung tâm; 5= Hỗ trợ chống tái nghiện bằng thuốc Naltrexone; 6= Không sử dụng thuốc; 7= Khác.

**IV. TIỀN SỬ**

**1. Tiền sử bản thân:**

**1.1. Tiền sử các bệnh cơ thể (HIV, lao, gan mật, hen, dị ứng, tim mạch, nội tiết, tiết niệu-sinh dục, ngoại khoa, bệnh da liễu...; thời gian phát hiện bệnh, điều trị và kết quả)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**1.2. Tiền sử các bệnh tâm thần (lo âu, trầm cảm, ý tưởng và hành vi tự sát, tâm thần phân liệt, rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn nhân cách.....; thời gian phát hiện bệnh, điều trị và kết quả)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**.Tiền sử gia đình:** (bệnh tâm thần, nghiện ma túy, nghiện rượu, lao, bạo lực trong gia đình, lạm dụng tình dục, xung đột thường xuyên giữa các thành viên trong gia đình....)

.....

.....

.....

.....

.....

**V. KHÁM BỆNH**

**1. Khám toàn thân**

- Thể trạng: .....
- Da, niêm mạc: .....
- Hạch ngoại vi: .....
- Ban, xuất huyết, phù: .....
- Những vấn đề khác có liên quan: .....

Mạch:.....lần/phút  
 Nhiệt độ:.....<sup>0</sup>C  
 Huyết áp:.../...mmHg  
 Nhịp thở:.....lần/phút  
 Chiều cao:.....cm  
 Cân nặng:.....Kg

**2. Khám các bộ phận:**

- Tuần hoàn: .....
- Nội tiết: .....
- Tiêu hoá: .....
- Tiết niệu, sinh dục: .....
- Cơ, xương, khớp: .....
- Thần kinh: .....
- Các bộ phận khác (tai mũi họng, 109ung hàm mắt, mắt...): .....

**3. Khám tâm thần** (hung cảm, trầm cảm, lo âu, ý tưởng và/hoặc hành vi tự sát, ảo giác, ảo tưởng, hoang tưởng, lú lẫn...):

.....

.....

**VI. KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM:**

**1. Xét nghiệm máu ( công thức máu, SGOT, SGPT, HbsAg, Anti HCV, Anti HIV...)**

.....

.....

**2. Xét nghiệm nước tiểu**

.....  
.....  
.....  
**3. Các xét nghiệm khác**  
.....  
.....  
.....

**VII. CHẨN ĐOÁN NGHIỆN THEO ICD10 KHI VÀO ĐIỀU TRỊ**

|  | <b>Có</b> | <b>Không</b> |
|--|-----------|--------------|
| • Chất dạng thuốc phiện                                | [ ]       | [ ]          |
| • Methamphetamin                                       | [ ]       | [ ]          |
| • Ecxtacy  | [ ]       | [ ]          |
| • Cần sa   | [ ]       | [ ]          |
| • Rượu   | [ ]       | [ ]          |
| • Thuốc lá   | [ ]       | [ ]          |
| • Chất khác (ghi rõ):                                  | [ ]       | [ ]          |
| 1. Các bệnh kèm theo (HIV, lao, viêm gan, tâm thần...) |           |              |

.....  
.....  
.....  
**VIII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ**

1. Kế hoạch điều trị methadone

.....  
.....  
.....  
2. Kế hoạch điều trị các bệnh kèm theo (chuyên khám chuyên khoa, chuyên gửi đến các dịch vụ hỗ trợ, các xét nghiệm cần làm bổ sung...)

.....  
.....  
.....  
Ngày tháng năm  
Thủ trưởng đơn vị  
(Ký tên đóng dấu)

.....  
.....  
.....  
Ngày tháng năm  
Bác sĩ điều trị  
(Ký và ghi rõ họ tên)

**3. Phiếu theo dõi điều trị**

**PHIẾU THEO DÕI ĐIỀU TRỊ**

Cơ sở điều trị

.....  
Giai đoạn .....

Họ và tên: .....

Tuổi:.....

Nam/Nữ:.....

Chẩn đoán: .....

Ngày bắt đầu điều trị:

.....

| <b>Ngày, tháng</b> | <b>Theo dõi diễn biến bệnh</b> | <b>Điều trị</b> |
|--------------------|--------------------------------|-----------------|
|                    |                                |                 |
|                    |                                |                 |
|                    |                                |                 |