



فرم اطلاعات پایه

نام و نام خانوادگی: فرزند: آدرس:

تلفن تماس: تاریخ مصاحبه: مصاحبه کننده:

می خواهم از شما چند سوال عمومی بپرسم . همچنین یادآوری می کنم که کلیه اطلاعاتی که به من می دهید کاملاً محرمانه خواهد ماند .

اطلاعات دموگرافیک

- ۱- جنس: مذکر مونث ۲- چند سال دارید؟
- ۳- وضعیت کنونی زناشویی شما چگونه است؟ :
- الف- در حال حاضر متاهل هستم ب- متارکه کرده ام (ولی هنوز طلاق نگرفته ام و متاهل هستم)
- ج- بیوه هستم (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده ام) د- طلاق گرفته ام (در حال حاضر ازدواج نکرده ام)
- ه- هیچگاه ازدواج نکرده ام
- ۴- وضعیت سکونت شما در حال حاضر چگونه است؟:

- ۱- در منزل شخصی خود (یا منزلی که متعلق به خانواده ام است) ۲- خانه یا آپارتمان اجاره ای
- ۳- مکان ثابتی ندارم ۴- سایر موارد (مشخص کنید)
- ۵- وضعیت شغلی شما در طی سه ماه اخیر چگونه بوده است؟:
- ۱- تمام وقت (حداقل ۵ روز کار در هفته؛ روزی ۸ ساعت) ۲- پاره وقت منظم
- ۳- پاره وقت نامنظم ۴- محصل (وطلبه، دانشجو؛ سرباز) ۵- خانه دار
- ۶- بازنشسته؛ از کار افتاده یا مستمری بگیر ۷- دارای درآمد بدون کار ۸- بیکار
- ۶- میزان تحصیلات :

- ۱- بی سواد ۲- ابتدایی ۳- راهنمایی ۴- دبیرستان ۵- تحصیلات عالی

تاریخچه مصرف و درمان مواد افیونی

- ۱- هنگامی که برای اولین بار از مواد افیونی غیر مجاز (مانند هروئین؛ تریاک؛ شیره؛ مورفین؛ کدئین؛ بوپره نورفین) استفاده کردید؛ چند ساله بودید؟
- ۲- از چند سال پیش مصرف مواد در شما به شکل مصرف هر روزه یا اعتیاد درآمد؟
- ۳- در چه سنی مصرف تزریقی مواد را شروع کردید؟
- ۴- مصرف انواع مختلف مواد در ماه گذشته و طول عمل و راه مصرف:

نوع ماده	سن شروع	تعداد روزهای مصرف در ماه گذشته	مصرف در طی (عمر (سال)	راه مصرف (طبق کدهای ذکر شده در پایین جدول)
۴-۱ سیگار				
۴-۲ حشیش				
۴-۳ الکل				
۴-۴ تریاک				
۴-۵ هروئین				
۴-۶ شیره				
۴-۷ کوکائین				
۴-۸ مواد توهم زا				
۴-۹ مواد استنشاقی				
۴-۱۰ آمفتامین ها				
۴-۱۱ داروهای آرام بخش				
۴-۱۲ استروئیدهای آنابولیک				
۴-۱۳ متادون غیر قانونی				
۴-۱۴ بیش از یک ماده در روز				

راه مصرف:

خوراکی=۱ / مشامی=۲ / تدخین=۳ / تزریق غیر وریدی=۴ / تزریق وریدی=۵ / هیچ وقت استفاده نکرده=۹

۵- در ماه گذشته هزینه مواد مخدر شما به طور متوسط روزانه چقدر بوده است؟.....

تاریخچه اقدامات درمانی / قضایی

۱- تا به حال چند بار اقدام به درمان اعتیاد داشته اید؟.....بار

۲- چه روشهایی برای درمان طبی شما استفاده شده است؟

الف- با داروی شناخته شده تحت نظارت پزشک بار ج- با داروی دست ساز بار.....

ب- با داروی شناخته شده بدون نظارت پزشک بار د- سایر موارد بار.....

۳- طولانی ترین زمانی که از مصرف ماده مخدر دور بوده اید؛ چه مدت بوده است؟.....

۴- دلیل مصرف دوباره مواد چه بوده است؟

۵- دلیل اقدام به درمان در وضعیت فعلی چیست؟

۶- آیا سابقه بیماری روانپزشکی یا مصرف داروهای روانپزشکی دارید؟ خیر بلی مشخص کنید.....

۷- آیا از بیماری مزمن طبی که با زندگی معمول شما تداخل داشته باشد؛ رنج می برید؟ خیر بلی مشخص کنید....

۸- آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ خیر بلی مشخص کنید....

۹- آیا به دارویی حساسیت دارید؟ خیر بلی مشخص کنید.....

۱۰- آیا سابقه زندان یا بازداشت دارید؟ خیر بلی مشخص کنید چند بار چه مدت.....

علت بازداشت یا زندانی شدن.....