

Форма Белорусского Индекса Тяжести Зависимости Версия для клинического применения и обучения

Помните, что Белорусский индекс тяжести зависимости является структурированным интервью, но не тестом

Белорусский Индекс Тяжести зависимости разработан в результате сотрудничества белорусских (руководитель – Владимир Позняк) и голландских (Eric Vermeulen, Elizabeth Kools) специалистов в рамках проекта «Новые подходы к лечению и профилактике зависимости» (ВОЗ-Нидерланды-Беларусь)

ОБЪЯСНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ ПАЦИЕНТАМИ:

Приведите и объясните 10 проблемных областей: Физическое здоровье, Зависимость, Психическое здоровье, Семья и взаимоотношения с другими людьми, Закон, Обучение и образование, Работа и трудоустройство, Финансы, Организация досуга, Жилье. Поясните, что всем пациентам задаются одни и те же стандартные вопросы. Вся полученная в ходе интервью информация является конфиденциальной (объясните, что это означает для пациента). Расскажите, для чего необходима эта информация, и как она будет использована в процессе оказания помощи, (терапии). В процессе интервью обсуждается два временных периода:

1. Последние 30 дней
2. Вся жизнь

Оценочная шкала пациента

Примерный текст пояснения: «Для планирования лечения важно учесть мнение пациента, то есть – ваше мнение. В процессе беседы я буду Вас спрашивать о том, насколько Вас беспокоит те или иные проблемы, и насколько важно для Вас получить помощь в связи с этими проблемами. При ответе на эти вопросы вам следует использовать следующую шкалу:

- 0 – Совсем нет
- 1 – Немного
- 2 – Умеренно
- 3 – Значительно
- 4 – Очень сильно

Проинформируйте пациента о том, что он/она может отказаться от ответа на любой вопрос. Предупредите пациента о том, что если на какой-то вопрос пациент не желает давать правдивый ответ, то лучше на этот вопрос вовсе не отвечать и перейти к следующему вопросу. Объясните, что достоверные ответы на все вопросы помогут разработать эффективный план лечения и оказания помощи.

Завершая объяснение процедуры пациенту, еще раз напомните о недопустимости предоставления недостоверной информации:

«Пожалуйста, при ответах на вопросы не давайте недостоверной информации»

1. Не оставляйте незаполненные поля
2. Делайте как можно больше текстовых пояснений, которые позволили бы лучше понять характер и выраженность проблем пациента. Помните, что эта регистрационная форма является важным источником информации для других специалистов, которые не всегда могут связаться с Вами.
3. X=На вопрос ответ не получен
N=Вопрос не применим в данном случае
4. Прекращайте интервью, если пациент дает явно недостоверную информацию по двум либо более разделам интервью
5. Записывая свои комментарии, указывайте номер вопроса

ОКРУГЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ: Если в вопросе спрашивается о количестве месяцев, то периоды в 14 дней и более округляйте до одного месяца. Периоды в 6 месяцев и более округляйте до одного года

СПИСОК РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ:

Алкоголь:	Пиво, вино, водка, самогон
Метадон:	Долофин, LAAM
Опиаты:	Героин, наркотические анальгетики=Морфин, Кодеин, Омнопон, Промедол, Тилонол, Фентанил
Седативные/Снотворные/Транквилизаторы:	Бензодиазепины=Элениум, Реланиум, Седуксен, Валиум, Оксазепем, Нитразепам, Радедорм, Либриум, Ативан, Альпрозолам, Транксен, Ксанак Другие=Хлорпгидрат, Мепробамат, Триоазин, Фенибут
Кокаин:	Кокаина гидрохлорид, свободное основание кокаина («крэк»)
Амфетамины	Центедрин, Сиднокарб, Бетседрин, Риталин, Метамфенин
Каннабис:	Маихуана, Гашиш
Галлюциногены:	ЛСД (Кислота), Мескалин, грибы (Псилоцибин), пейот, Фенциклидин (PCP), экстази
Ингалянтты:	Закись азота, амилнитрат, клей, растворители, бензин, и.т.д.

ВРЕМЕННЫЕ ПЕРИОДЫ

Многие вопросы относятся к трем временным периодам: «последние 30 дней», «последние 6 месяцев» и «в течение жизни» (когда-либо) и т.п.). «В течение жизни» означает период, предшествующий последним 30 дням

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ПРОВОДЯЩЕГО ИНТЕРВЬЮ:

**Белорусский индекс тяжести зависимости
(Версия для клинического применения и
обучения)**

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Фамилия,
И.О _____
. Год рожд.: _____
1. Номер истории болезни/амб. карты: _____
2. Стац/отделение, _____
амбулатор:
Диагноз (по МКБ):
1-зависимость, 2 -злоупотребление, 3 –
эпизодическое употребление; 4 – сочетанное
3. Дата интервью: □□/ □□/ □□
4. Время начала: (Часы: Минуты)
□□ : □□
5. Время завершения: (Часы: Минуты)
□□ : □□
6. Пол: 1. Мужской 2. Женский □
7. Код интервьюера □□□

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ**

_____ □□□
_____ □□□
_____ □□□

А. ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

A01. Возникало ли у Вас в последнее время
желание обратиться за помощью в связи с
Вашим состоянием здоровья?
0 – нет 1 – да □
A02. Сколько раз Вы лечились в больницах за
последнее время □
A03. Сколько раз всего Вы лечились в
больницах за свою жизнь? □
A04. Страдаете ли Вы какими-либо
хроническими заболеваниями? □
0 – нет 1 – да
A05. Принимаете ли Вы регулярно какие-либо
медикаменты по состоянию (физического)
здоровья?

0 – нет 1 – да □
A06. Лечились ли Вы амбулаторно у врачей
других специальностей в течение последних
6 месяцев?

0 – нет 1 – да □
A07. Принимали ли Вы какие-либо
медикаменты в течение последних 30 дней?

0 – нет 1 – да □
A08. Отмечался ли у Вас когда-либо
положительный результат при обследовании
на вирусные гепатиты?

0 – нет 1 – да □
A09. Отмечался ли у Вас когда-либо
положительный результат при обследовании
на ВИЧ-инфекцию?

0 – нет 1 – да □

A11. На протяжении последних 30 дней
насколько Вас беспокоило состояние Вашего
физического здоровья? □

A12. Насколько важно для Вас сейчас получить
медицинскую помощь по поводу Вашего
физического здоровья? □

**А. ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
(ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА

A13. Как Вы оцениваете потребность пациента
в медицинской помощи по поводу его/ее
физического состояния? □

Имеется в виду потребность в дополнительной
медицинской помощи

Есть ли сомнение в достоверности полученной
информации?

A14. Вследствие установок пациента?
0 – нет 1 – да □

A15. Вследствие непонимания вопроса?
0 – нет 1 – да □

Б. ЗАВИСИМОСТИ

B01. Какие психоактивные вещества/наркотики
(включая алкоголь и табак) Вы употребляли в

БА07. Каким был самый большой период воздержания от алкоголя после лечения?
0 – свыше года. 1- от 6 до 12 месяцев, 2 – менее 6 месяцев. 3 – менее месяца

БА08. Принимали ли Вы когда-нибудь наркотические, снотворные, успокаивающие или стимулирующие средства?
0 – нет 1 – да

БА09. В течение последних 30 дней насколько Вас беспокоили проблемы, связанные с употреблением алкоголя?

БА10. Насколько важно для Вас сейчас получить помощь в связи с потреблением алкоголя?

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА

БА11 Как Вы оцениваете потребность пациента в медицинской помощи по поводу зависимости от алкоголя?
Имеется в виду потребность в дополнительной медицинской помощи

Есть ли сомнение в достоверности полученной информации?
Б12. Вследствие установок пациента?
0 – нет 1 – да

Б13. Вследствие непонимания вопроса?
0 – нет 1 – да

БН. НАРКОТИКИ И ДРУГИЕ ВЕЩЕСТВА

БН01. Возникало ли у Вас в последнее время желание обратиться за помощью в связи с употреблением наркотиков?
0 – нет 1 – да

БН02. Насколько сильно Вы испытывали желание принять наркотик в течение последних 30 дней?

БН03. Сочетаете ли вы употребление наркотиков с приемом каких-либо других психоактивных веществ (включая алкоголь)?
0 – нет 1 – да

БН04. Сколько раз у Вас были передозировки наркотиков?

БН05. Каким был самый большой период, когда Вы сам, без лечения, воздерживались от употребления наркотиков?
0 – свыше 3 мес., 1 – 1 до 3 мес.. 2 – менее 1мес., 3 – менее недели

БН06. Сколько раз Вы лечились ранее?

БН07. Каким был самый большой период воздержания от наркотиков после лечения?
0 – свыше 6 мес.. 1 – от 3 до 6 мес.. 2 – менее 3 месяцев, 3 – менее месяца

БН08. В течение последних 30 дней насколько Вас беспокоили проблемы, связанные с употреблением наркотиков?

БН09. Насколько важно для Вас сейчас получить помощь в связи с потреблением наркотиков ?

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА

БН10. Как Вы оцениваете потребность пациента в медицинской помощи по поводу зависимости от наркотиков?
Имеется в виду потребность в дополнительной медицинской помощи

Есть ли сомнение в достоверности полученной информации?
БН14. Вследствие установок пациента?
0 – нет 1 – да

БН15. Вследствие непонимания вопроса?
0 – нет 1 – да

В. СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В01. Возникало ли у Вас в последнее время желание обратиться за помощью по поводу состояния Вашей нервной системы или психики?
0 – нет. 1- да ранее, 2 – да, в течение последних 30 дней, 3- и ранее и в течение последних 30 дней

В02. Лечились ли Вы когда-нибудь стационарно по поводу нарушений со стороны нервной системы или психики? Сколько раз?

0 – нет. 1- да ранее, 2- да, в течение последних 30 дней, 3 – и ранее и в течение последних 30 дней

V03. Лечились ли Вы когда-нибудь амбулаторно по поводу нарушений со стороны нервной системы или психики?
Сколько раз?

0 – нет. 1 – да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 – ранее и в течение последних 30 дней

V04. Вам когда-либо прописывали лекарства по поводу нарушений нервной системы или психики?

0 – нет. 1 – да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 – ранее и в течение последних 30 дней

V05. Вы когда-нибудь сами, без назначения врача, принимали какие-нибудь лекарства по поводу нарушений нервной системы или психики?

0 – нет. 1 – да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 – ранее и в течение последних 30 дней

V06. Бывали ли у Вас периоды, когда Вы испытывали чувство тоски, подавленности, безнадежности?

0 – нет. 1 – да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 – ранее и в течение последних 30 дней

V07. Бывали ли у Вас периоды, когда Вы испытывали чувство напряженности, беспокойства, тревоги или страха?

0 – нет. 1 – да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 – ранее и в течение последних 30 дней

V08. Отмечались ли у Вас какие-нибудь приступы?

0 – нет. 1 – да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 – ранее и в течение последних 30 дней

V09. У Вас когда-нибудь были “голоса”, оклики, видения?
0 – нет. 1 – да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 – ранее и в течение последних 30 дней

V10. Бывает ли, что Вы “выходите из себя” и перестаете контролировать свои действия?

0 – нет. 1 – да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 – ранее и в течение последних 30 дней

V11. Вы когда-нибудь думали о самоубийстве?

0 – нет. 1 – да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 – ранее и в течение последних 30 дней

V12. Вы когда-нибудь думали покончить с собой?

0 – нет. 1 – да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 – ранее и в течение последних 30 дней

V13. Насколько Вас беспокоило состояние Вашей нервной системы и психики в течение последних 30 дней?

V14. Насколько важно для Вас сейчас получить помощь по поводу состояния Вашей нервной системы и психики?

В процессе беседы пациент обнаруживает (отметьте подходящее)

а) признаки депрессии	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
б) признаки тревоги	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
в) признаки дисфории	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
г) суицидальные тенденции	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
д) когнитивные нарушения	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
е) параноидные симптомы	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
;) другие		

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА

V15. Как Вы оцениваете потребность пациента в медицинской помощи по поводу состояния психики?

Имеется в виду потребность в дополнительной медицинской помощи

Есть ли сомнения в достоверности полученной информации?

V16. Вследствие установок пациента?
 0 – нет 1 – да

V17. Вследствие непонимания вопроса?
 0 – нет 1 – да

Г. СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

Если ли у Вас кровные родственники, у которых, на Ваш взгляд, есть проблемы с употреблением алкоголя, наркотиков, (или других психоактивных веществ), или какие-либо проблемы с психикой, по поводу которых им стоило бы лечиться, если даже они никогда не лечились?

Линия матери Линия отца
 Алк. Нар. Психич. Алк. Нар. Психич.

Г1. Бабушка Г9. Бабушка
 Г2. Дедушка Г10. Дедушка
 Г3. Мать Г11. Отец
 Г4. Тетя #1 Г12. Тетя #1
 Г5. Тетя #2 Г13. Тетя #2
 Г6. Дядя #1 Г14. Дядя #1
 Г7. Дядя #2 Г15. Дядя #2
 Г8. Дядя #3 Г16. Дядя #3

Сиблинги
 Алк. Нар. Психич. Алк. Нар. Психич.

Г17. Брат #1 Г21. Сестра #2
 Г18. Брат #2 Г22. Сестра #3
 Г19. Брат #3

Г23. Полусиблс#1
 Г20. Сестра #1
 Г24. Полусиблс#2

Проживаете с _____, _____, _____.

Д. СЕМЬЯ И ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ДРУГИМИ ЛЮДЬМИ

Д01. В настоящее время вы проживаете без семьи?
 0 – нет 1 – да

Д02. С кем из семьи у Вас сложились близкие, прочные и взаимные отношения?
 Д021 Мать Д025 Братья\сестры
 Д022 Отец Д026 Супруг(а)\сожитель(ница)
 Д023 Бабушка Д027 Дети
 Д024 Дедушка Д028 Друзья
 Д029 Соседи Д030 Сотрудник на работе
 Д03. С кем Вы проживаете в последнее время?
 _____, _____, _____, _____, _____,
 Д04. Кто из Вашего окружения помогает Вам воздерживаться от употребления веществ и каким образом?
 _____, _____, _____, _____, _____,
 Д05. С кем из вашего окружения Вы употребляете алкоголь или наркотики?
 _____, _____, _____, _____, _____,
 Д06. Испытывали ли Вы серьезные проблемы в отношениях с вашими близкими?
 0 – нет. 1 – да ранее. 2 -да, в течение последних 30 дней, 3 – и ранее и в течение последних 30 дней
 С кем из вашего окружения у Вас имеются проблемные, сложные взаимоотношения?
 _____, _____, _____, _____.

Д07. Бывали ли у Вас периоды, когда с Вами несправедливо и жестоко обращались?
 0 – нет. 1 – да ранее. 2- да, в течение последних 30 дней. 3 – и ранее и в течение последних 30 дней

Д08. Насколько Вы обеспокоены
 взаимоотношениями с другими людьми на протяжении последних 30 дней?

Д09. Насколько важно для Вас сейчас
 получить помощь по поводу Ваших проблем во взаимоотношениях с другими людьми?

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА
 Д10. Как Вы оцениваете потребность пациента в медицинской помощи по поводу семейных/социальных взаимоотношений?

 Имеется в виду потребность в дополнительной медицинской помощи

Есть ли сомнение в достоверности полученной информации?
Д11. Вследствие установок пациента?
0 – нет 1 – да

Д12. Вследствие непонимания вопроса?
0 – нет 1 – да

Е10. Вследствие установок пациента?
0 – нет 1 – да

Е11. Вследствие непонимания вопроса?
0 – нет 1 – да

Ж. ОБРАЗОВАНИЕ

Е. ЗАКОН

Е01. Есть ли у Вас в настоящее время какие-либо проблемы с законом или правоохранительными органами?
0 – нет 1 – да

Е02. Было ли ваше поступление на лечение ускорено или определено правоохранительными органами?
0 – нет 1 – да

Е03. Подвергались ли Вы когда-нибудь задержанию (содержанию под стражей) или заключению?
0 – нет. 1 – да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 -и ранее и в течение последних 30 дней

Е04. Были ли Вы судимы? Сколько раз?

Е05. Вам когда-либо определяли принудительное лечение? Сколько раз?

Е06. Находитесь ли вы сейчас под следствием или надзором?

Ж01. Завершили ли Вы свое образование?
0 – нет 1 – да

Ж02. Есть ли у Вас профессия или специальность?
0 – нет 1 – да

Ж03. Были ли у Вас какие-либо проблемы с обучением в последнее время?
0 – нет 1 – да

Ж04. Продолжаете ли Вы учебу в настоящее время?
0 – нет 1 – да

Ж05. Нуждаетесь ли Вы в дополнительном обучении или образовании ?
0 – нет 1 – да

Ж06. Насколько Вас беспокоили проблемы с обучением и образованием в течение последних 30 дней ?

Ж07. Насколько важно для Вас сейчас получить помощь по поводу обучения и образования?

Е07. Насколько Вас беспокоили проблемы с законом в течение последних 30 дней?

Е08. Насколько важно для Вас сейчас получить помощь по поводу Ваших проблем с законом?

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА
Ж08. Как Вы оцениваете потребность пациента в медицинской помощи по поводу проблем с обучением и образованием?

Имеется в виду потребность в дополнительной медицинской помощи

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА
Е09. Как Вы оцениваете потребность пациента в медицинской помощи по поводу проблем с законом?

Имеется в виду потребность в дополнительной медицинской помощи

Есть ли сомнение в достоверности полученной информации?

Есть ли сомнение в достоверности полученной информации?
Ж09. Вследствие установок пациента?
0 – нет 1 – да

Ж10. Вследствие непонимания вопроса?
0 – нет 1 – да

3. РАБОТА И ТРУДОУСТРОЙСТВО

301. Имеете ли Вы постоянную работу?

0 – нет 1 – да

302. Каким у Вас был самый длительный период занятости?

0 – более 3 лет, 1 – от 1 до 3 лет. 2 – менее года,

303. Каким у Вас был самый длительный период безработицы?

0 – менее 3 месяцев. 1 – от 3 до 6 месяцев. 2 – свыше 6 месяцев

304. Увольняли ли Вас когда-либо по “статье”

0 – нет 1 – да

305. Сколько дней из последних 30 у Вас была оплачиваемая работа?

0 -более 15. 1 – менее 15. 2 – не было

306. Были ли у Вас серьезные конфликты или проблемы во взаимоотношениях на работе за последние 30 дней?

0 – нет 1 – да

307. В настоящее время у Вас есть серьезные проблемы на работе, из-за которых Вы можете ее потерять?

0 – нет 1 – да

308. Насколько Вас беспокоят проблемы с работой и трудоустройством в течение последних 30 дней?

309. Насколько важно для Вас сейчас получить помощь в связи с проблемами на работе и трудоустройством?

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА

310. Как Вы оцениваете потребность пациента в медицинской помощи по поводу проблем с работой и трудоустройством?

Имеется в виду потребность в дополнительной медицинской помощи

Есть ли сомнение в достоверности полученной информации?

311. Вследствие установок пациента?

0 – нет 1 – да

312. Вследствие непонимания вопроса?

0 – нет 1 – да

И. ФИНАНСЫ

И01. Имеете ли Вы в настоящее время постоянный доход?

0 – нет 1 – да

И02. Имеете ли Вы в настоящее время иные, непостоянные источники дохода ?

0 – нет 1 – да

И03. Есть ли у Вас долги?

0 – нет 1 – да

И04. Есть ли у Вас задолженность по квартплате, коммунальным или другим услугам?

0 – нет 1 – да

И05. Есть ли у Вас задолженность по административным или судебным штрафам, искам (алиментам)?

0 – нет 1 – да

И06. Приходилось ли Вам в течение последних 30 дней занимать деньги, чтобы купить еду?

0 – нет 1 – да

И07. Приходилось ли Вам в течение последних 30 дней продавать или закладывать свои вещи или вещи других людей, с которыми вы проживаете?

0 – нет 1 – да

И08. Насколько Вас беспокоили проблемы с финансовыми затруднениями в течение последних 30 дней?

И09. Насколько важно для Вас сейчас получить помощь в связи с Вашими финансовыми проблемами?

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА

И10. Как Вы оцениваете потребность пациента в медицинской помощи по поводу финансовых проблем?

Имеется в виду потребность в дополнительной медицинской помощи

Есть ли сомнение в достоверности полученной информации?

И11. Вследствие установок пациента?
0 – нет 1 – да

И12. Вследствие непонимания вопроса?
0 – нет 1 – да

Л01. Есть ли у Вас постоянное место для проживания?
0 – нет 1 – да

Л02. Были ли у Вас проблемы с жильем в последние 30 дней?
0 – нет 1 – да

К.ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА

К01. Вам есть с кем проводить свободное от работы время?
0 – нет 1 – да

К02. В Вашем окружении есть люди, с которыми Вы можете проводить свободное время без употребления психоактивных веществ?
0 – нет 1 – да

К03. Вы удовлетворены тем, как Вы проводите свободное время?
0 – нет 1 – да

К04. Испытывали ли Вы за последние 30 дней проблемы с проведением свободного времени?
0 – нет 1 – да

Л03. Насколько Вас беспокоят проблемы связанные с жильем в течение последних 30 дней?

Л04. Насколько важно для Вас сейчас получить помощь в связи с проблемой жилья?

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА
Л05. Как Вы оцениваете потребность пациента в медицинской помощи по поводу проблем с жильем?
Имеется в виду потребность в дополнительной медицинской помощи

К05. Насколько Вас беспокоят проблемы с проведением свободного времени в течение последних 30 дней?

К06. Насколько важно для Вас сейчас получить помощь в связи с проведением свободного времени?

Есть ли сомнение в достоверности полученной информации?
Л06. Вследствие установок пациента?
0 – нет 1 – да

Л07. Вследствие непонимания вопроса?
0 – нет 1 – да

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА
К07. Как Вы оцениваете потребность пациента в медицинской помощи по поводу проблем с организацией досуга?
Имеется в виду потребность в дополнительной медицинской помощи

М.ОТНОШЕНИЕ РОДНЫХ И БЛИЗКИХ
Эти вопросы задаются, если:
а) член(ы) семьи или близкие родственники присутствует(ют) во время интервью;
б) Вы приняли вместе с клиентом решение пригласить члена семьи или близкого родственника на следующую встречу.

Есть ли сомнение в достоверности полученной информации?
К08. Вследствие установок пациента?
0 – нет 1 – да

К09. Вследствие непонимания вопроса?
0 – нет 1 – да

М01. Проживаете вместе с клиентом (пациентом)?
0 – нет 1 – да

М02. Кем Вы приходите к клиенту (пациенту)?

Мать	<input type="checkbox"/>	супруг(-а)	<input type="checkbox"/>
отец	<input type="checkbox"/>	сожитель(-ца)	<input type="checkbox"/>
бабушка	<input type="checkbox"/>	сын	<input type="checkbox"/>
дедушка	<input type="checkbox"/>	дочь	<input type="checkbox"/>
братья	<input type="checkbox"/>	друг/подруга	<input type="checkbox"/>

Л. ЖИЛЬЕ

сестры Сосед(ка)
Другой близкий родственник. а именно _____

M03. Были ли у Вас серьезные проблемы в отношениях с клиентом (пациентом) ?
0 – нет. 1- да ранее. 2 – да, в течение последних 30 дней. 3 – и ранее и в течение последних 30 дней

M04. С кем из своего окружения клиент (пациент) употребляет алкоголь или наркотики?

M041. мать M046. супруг(-а)\сожитель(-ца)
M042. отец M047. дети
M043.бабушка M048.друзья
M044.дедушка M049.соседи
M045.братья\сестры
M50. Сотрудники на работе

M05. Кто из окружения клиента\пациента помогает ему\ей воздерживаться от употребления веществ и каким образом?

M06. Есть ли у Вас какие-либо проблемы вследствие зависимости клиента\пациента?
0 – нет 1 – да

M07. Хотели бы Вы лично участвовать в процессе оказания помощи клиенту\пациенту?
0 – нет 1 – да

M08.Считаете ли Вы, что другие члены семьи или близкие родственники хотели бы помочь клиенту\пациенту?
0 – нет 1 – да

Уточните кто именно:

M081. мать M086. супруг(-а)\сожитель(-ца)
M082. отец M087. дети
M083.бабушка M088.друзья
M084.дедушка M089.соседи
M085.братья\сестры

M90. Сотрудник на работе

M09. Насколько Вы взаимоотношениями с другими людьми на протяжении последних 30 дней?

M10. Насколько важно для Вас сейчас получить помощь по поводу Ваших проблем во взаимоотношениях с другими людьми?

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛА

M11. Как Вы оцениваете потребность пациента в медицинской помощи по поводу проблем с жильем?
Имеется в виду потребность в дополнительной медицинской помощи

Есть ли сомнение в достоверности полученной информации?
M12. Вследствие установок пациента?
0 – нет 1 – да

M13. Вследствие непонимания вопроса?
0 – нет 1 – да

Шкала Оценки Тяжести Проблем:

- 0=Эта проблема меня вообще не беспокоит
- 1=Эта проблема беспокоит меня в легкой степени
- 2=Эта проблема беспокоит меня в умеренной степени
- 3=Эта проблема беспокоит меня существенно
- 4=Эта проблема крайне беспокоит меня

Шкала Оценки Потребностей в Помощи:

- 0=Профессиональная помощь для меня совершенно не важна
- 1=Профессиональная помощь важна для меня в небольшой степени
- 2=Профессиональная помощь важна для меня в умеренной степени
- 3=Профессиональная помощь для меня имеет существенную важность
- 4=Профессиональная помощь для меня крайне важна

В ходе интервью клиенту предъявляют данную оценочную шкалу, чтобы он сделал свой выбор. Терапевт "переводит" эти рейтинги в соответствующую цифровую оценку.

Клиническая Шкала Тяжести:

- 0=Реальной проблемы нет; вмешательство не показано
- 1=Незначительная проблема; вмешательства, вероятно, не требуется
- 2=Проблема умеренной тяжести; показано некоторое вмешательство
- 3=Существенная проблема; вмешательство необходимо
- 4=Крайне существенная проблема; вмешательство абсолютно необходимо

ПРОФИЛЬ ПРОБЛЕМ

Фамилия пациента _____ № истории болезни/амб.карты
 _____ Отделение _____
 Фамилия(и) профессионала(ов): _____

Проблемный Профиль Пациента

Проблемная область	Оценка клиента										Оценка профессионала				
	Озабоченность					Потребность в помощи					Потребность в помощи				
Оценка в баллах	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Физическое здоровье															
Алкоголь															
Наркотики															
Медикаменты															
Другие проблемы (_____)															
Психическое здоровье															
Семья и взаимоотношения															
Закон															
Обучение и образование															
Работа и трудоустройство															
Финансы															
Организация досуга															
Жилье															
Отношение родных и близких															

Следующая встреча (по уточнению проблем) назначена на _____ (дата) в _____ (время) в помещении _____ (место) с _____ (имя профессионала)

Примечания (здесь могут быть приведены рейтинги:

ФОРМА СОГЛАСОВАННОГО ПЛАНА ТЕРАПИИ

Фамилия клиента: _____ № истории болезни/амб. карты _____ Отделение: _____ Дата: _____ Фамилия(и) профессионала(ов): _____ _____

С клиентом достигнуто соглашение по поводу следующих решений:

Терапия будет направлена на следующие проблемные области:

- Физическое здоровье Алкоголь Наркотики Медикаменты
- Психическое здоровье Семья и взаимоотношения Закон
- Обучение и образование Работа и трудоустройство Финансы
- Организация досуга Жилье Отношение родных и близких
- Другие проблемы (_____)

Терапия будет проводиться:

Стационарно

- в дневном стационаре
- в другом, а именно _____

Полустационарно

- в дневном стационаре данного учреждения
- в другом полустационаре, а именно _____

Амбулаторно

- в данном учреждении
- в другом учреждении, а именно _____

Минимальный срок терапии _____ дней

Частота встреч с терапевтом:

- В течении первой недели терапии: _____ раз в неделю
- В течении второй недели терапии: _____ раз в неделю
- В течении третьей недели терапии: _____ раз в неделю
- В течении четвертой недели терапии: _____ раз в неделю
- В течении второго месяца терапии: _____ раз в неделю _____ раз в месяц
- В течении третьего месяца терапии: _____ раз в неделю _____ раз в месяц
- В последующем (_____): _____ раз в неделю _____ раз в месяц

Пациент и терапевт хотят достичь следующих целей:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____

Пациент _____ (подпись) Терапевт _____ (подпись)

ФОРМА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ТЕРАПИИ

Фамилия пациента _____	№ истории болезни/амб.карты _____
Отделение _____	Дата _____
Фамилия(и) профессионала(ов): _____	

Проблемная область: _____

План терапевтического мероприятия (задачи): _____

Задача 1. _____

Отметка о выполнении задачи:

- Выполнена полностью
- Выполнена в достаточной степени
- Выполнена в недостаточной степени по причине _____

- Совершенно не выполнена по причине _____

Задача 2. _____

Отметка о выполнении задачи:

- Выполнена полностью
- Выполнена в достаточной степени
- Выполнена в недостаточной степени по причине _____

- Совершенно не выполнена по причине _____

Задача 3. _____

Отметка о выполнении задачи:

- Выполнена полностью
- Выполнена в достаточной степени
- Выполнена в недостаточной степени по причине _____

- Совершенно не выполнена по причине _____

ФОРМА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Фамилия пациента _____	№ истории болезни/амб.карты _____
Отделение _____	Дата _____
Фамилия(и) профессионала(ов): _____	

Терапевтическая цель 1.

Мнение пациента:

Мнение терапевта

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Цель достигнута полностью
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в достаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в недостаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель совершенно не достигнута | <input type="checkbox"/> Цель достигнута полностью
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в достаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в недостаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель совершенно не достигнута |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Терапевтическая цель 2.

Мнение пациента:

Мнение терапевта

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Цель достигнута полностью
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в достаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в недостаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель совершенно не достигнута | <input type="checkbox"/> Цель достигнута полностью
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в достаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в недостаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель совершенно не достигнута |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Терапевтическая цель 3.

Мнение пациента:

Мнение терапевта

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Цель достигнута полностью
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в достаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в недостаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель совершенно не достигнута | <input type="checkbox"/> Цель достигнута полностью
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в достаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в недостаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель совершенно не достигнута |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Терапевтическая цель 3.

Мнение пациента:

Мнение терапевта

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Цель достигнута полностью
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в достаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в недостаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель совершенно не достигнута | <input type="checkbox"/> Цель достигнута полностью
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в достаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель достигнута в недостаточной степени
<input type="checkbox"/> Цель совершенно не достигнута |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Общая удовлетворенность результатами лечения

Пациента:

Терапевта

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Удовлетворен полностью
<input type="checkbox"/> В достаточной степени
<input type="checkbox"/> В недостаточной степени
<input type="checkbox"/> Совершенно не удовлетворен | <input type="checkbox"/> Удовлетворен полностью
<input type="checkbox"/> В достаточной степени
<input type="checkbox"/> В недостаточной степени
<input type="checkbox"/> Совершенно не удовлетворен |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

План дальнейших действий:

1. _____
2. _____