

## Mẫu số 2. Đánh giá ban đầu trước khi điều trị methadone

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 4066/QĐ-BYT ngày 31/12/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Tên đơn vị.....

### ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU

### TRƯỚC KHI ĐIỀU TRỊ METHADONE

Ngày đánh giá: .../.../..... Nhân viên tư  
vấn:.....

#### A. Thông tin người bệnh

##### 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:  
.....

5. 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:

Người bệnh 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 như: tuổi, nghề nghiệp, đặc điểm nổi  
bật...).

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

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

7. Mối quan hệ gia đình:

7.1. Người bệnh là con thứ mấy trong gia đình:.....

7.2. Ai là người có ảnh hưởng nhất đến với người bệnh:.....

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 không?

.....  
.....

.....  
.....  
9. Tài chính

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

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

9.2. Bạn có đang nợ nần ai không? Số tiền:.....

10. Phương tiện đi lại chủ yếu:.....

Có khó khăn gì trong việc đến uống thuốc hàng ngày:.....

11. Hành vi tình dục:

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

Bạn có thường xuyên sử dụng BCS không? Có: ☐ Không: ☐

Với bạn tình thường xuyên: Có: ☐ Không: ☐

Với phụ nữ mại dâm: Có: ☐ Không: ☐

12. Tiền án, tiền sự: Có: ☐ Không: ☐

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)

13.1. 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: Có ☐ Không ☐

Tiêu chí chẩn đoán lệ thuộc (ghi rõ):

.....

.....

.....

.....

15. Lần điều trị can thiệp trước đây:

| Biện pháp điều trị | Thời gian điều trị<br>(từ tháng/năm -<br>tháng/năm) | Nơi điều trị | Thời gian ngừng sử<br>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<br>dụng | Hình thái sử dụng<br>(tần suất, số lượng,<br>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<br>Khi sử dụng Heroin |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------|
|                                   |                                                 |

19. Giai đoạn thay đổi hành vi:

.....

20. Lý do điều

trị.....

21. Mong muốn của người bệnh 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?

☐ Có

☐ Không

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?

☐ Có                      ☐ Không

26. Bạn có cảm thấy mất hứng làm bất kể việc gì không?

☐ Có                      ☐ Không

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? Có ☐                      Chưa ☐

Điều gì khiến bạn không thực hiện nữa? .....

.....  
.....

28. Người bệnh đã biết tình trạng HIV của mình chưa: Có ☐                      Chưa ☐

Nếu có là khi nào:  
.....

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

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

Các vấn đề nổi bật:

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

Giới thiệu và chuyển gửi người bệnh:

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

.....

Lịch hẹn tiếp theo:

.....

.....

.....