

بررسی وضعیت سلامت و عوامل خطر مرتبط با آن در مراجعین به مراکز سوء مصرف مواد شهر بیرجند

اطلاعات دموگرافیک

- تاریخ ثبت نام: / / ۱۳ کد پرسشنامه  کد پرسشگر:  نام مرکز:
۲. جنسیت: زن  مرد
۴. نام: .....
۵. نام خانوادگی: .....
۶. نام پدر: .....
۷. تاریخ تولد: / / ۱۳..... محل تولد: .....
۸. کد ملی: .....
۱۰. وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  مطلقه  بیوه
۱۱. نژاد: ایرانی  افغانی  سایر کشورها  ۱۲. آیا مهاجر هستید یا اصالتاً بیرجندی هستید؟
۱۳. تحصیلات: بی سواد و کم سواد  ابتدایی  راهنمایی  متوسطه  دیپلم  مدرک دانشگاهی
۱۴. شغل آزاد  کارمند  کارگر  بیکار  محصل  بازنشسته  از کار افتاده
۱۵. میزان درآمد ماهیانه: زیر یک میلیون  بین یک تا سه میلیون  بالای سه میلیون
۱۶. محل سکونت: شهر  روستا  ۱۷. وضعیت مسکن: شخصی  مستاجر
۱۸. آیا بیمه هستید؟ بلی  خیر
۱۹. آدرس: .....
۲۰. تلفن: ثابت..... همراه.....

سابقه پزشکی

۲۱. آیا مبتلا به بیماری قند (دیابت) هستید؟  بله  خیر
۲۲. اگر بله: مدت ابتلا
۲۳. آیا در خانواده شما کسی دیابت دارد؟  بله  خیر
۲۴. اگر بله: چه کسی
۲۵. نام داروی مصرفی و میزان مصرف روزانه؟
۲۶. آیا مبتلا به فشار خون بالا هستید؟  بله  خیر
۲۷. اگر بله: مدت ابتلا
۲۸. آیا در خانواده شما کسی فشار خون بالا دارد؟  بله  خیر
۲۹. اگر بله: چه کسی
۳۰. نام داروی مصرفی و میزان مصرف روزانه؟
۳۱. سابقه تشنج در ۵ سال اخیر را داشته‌اید؟  بله  خیر
۳۲. اگر بله: تاریخ
۳۳. سابقه خانوادگی بیماری تیروئید:  بله  خیر
۳۴. اگر بله: تاریخ
۳۵. سابقه مشکلات کلیوی:  بله  خیر
۳۶. اگر بله: چه مشکلی؟
۳۷. سابقه مشکلات ریوی:  بله  خیر
۳۸. اگر بله: چه مشکلی؟
۳۹. سابقه مشکلات کبدی:  بله  خیر
۴۰. اگر بله: چه مشکلی؟
۴۱. سابقه مشکلات قلبی-عروقی:  بله  خیر
۴۲. اگر بله: چه مشکلی؟
۴۳. سابقه مشکلات مغزی-عروقی:  بله  خیر
۴۴. سابقه سرطان:  بله  خیر
۴۵. اگر بله: نوع سرطان؟
۴۶. سابقه بیماری‌های آلرژیک:  بله  خیر
۴۷. اگر بله: چه مشکلی؟
۴۸. چربی خون بالا:  بله  خیر
۴۹. اگر بله: مدت ابتلا
۵۰. تری گلیسیرید بالا  کلسترول بالا
۵۱. نام داروی مصرفی و میزان مصرف روزانه؟
۵۲. مشکلات روحی - روانی:  بله  خیر
۵۳. اگر بله: چه مشکلی؟
۵۴. نوع دارویی که استفاده می‌کنید؟
۵۵. سابقه بستری در بخش روان:  بله  خیر

۵۶. مصرف داروهای ضد افسردگی  بله  خیر
۵۷. آیا در حال حاضر مشروبات الکلی مصرف می‌کنید؟  بله  خیر
۵۸. اگر بله:  گاه گاهی  زیاد
۵۹. آیا شما سابقه ابتلا به هیپاتیت را داشته‌اید؟  بله  خیر
۶۰. اگر بله به چه نوع هیپاتیتی مبتلا بوده‌اید؟  هیپاتیت A  هیپاتیت B  هیپاتیت C  هیپاتیت D  سایر انواع  نمی‌دانم
۶۱. سابقه مصرف داروی درمان هیپاتیت:  بله  خیر  لیست داروهای مصرفی:
۶۲.
۶۳. آیا تاکنون به زونا مبتلا شده‌اید؟  بله  خیر
۶۴. اگر بله: چندبار
۶۵. آیا سابقه زردی (زرد شدن پوست و سفیدی چشم یا اصطلاحاً یرقان) داشته‌اید؟  بله  خیر
۶۶. اگر بله: چند سال پیش
۶۷. سابقه طب سوزنی:  بله  خیر
۶۸. اگر بله: چند سال پیش
۶۹. سابقه تزریق خون:  بله  خیر
۷۰. اگر بله: چند سال پیش
۷۱. سابقه حجامت:  بله  خیر
۷۲. اگر بله: چند سال پیش
۷۳. سابقه عمل جراحی بزرگ:  بله  خیر
۷۴. اگر بله: چند سال پیش
۷۵. آیا مجروح جنگی یا جانباز هستید؟  بله  خیر
۷۶. اگر بله: چند سال پیش
۷۷. نوع آسیب.....
۷۸. درصد جانبازی
۷۹. سابقه عمل جراحی کوچک:  بله  خیر
۸۰. اگر بله: چند سال پیش
۸۱. سابقه تصادف و بستری بدنبال آن:  بله  خیر
۸۲. اگر بله: چند سال پیش
۸۳. آیا تاکنون در بیمارستان بستری شده‌اید؟  بله  خیر
۸۴. اگر بله: چند سال پیش
۸۵. سابقه جراحی دندان:  بله  خیر
۸۶. اگر بله: چند سال پیش
۸۷. سابقه دندانپزشکی تجربی:  بله  خیر
۸۸. اگر بله: چند سال پیش
۸۹. سابقه آندوسکوپی:  بله  خیر
۹۰. اگر بله: چند سال پیش
- ۹۱- سابقه کولونوسکوپی:  بله  خیر
۹۲. اگر بله: چند سال پیش
۹۳. سابقه قمه زنی:  بله  خیر
۹۴. اگر بله: چند سال پیش
۹۵. سابقه زندان:  بله  خیر
۹۶. اگر بله-چه مدت؟ چند سال پیش
۹۷. علت حبس؟
۹۸. سابقه خالکوبی:  بله  خیر
۹۹. اگر بله: چند سال پیش
۱۰۰. آیا ارتباط جنسی نامشروع داشته‌اید؟  بله  خیر
۱۰۱. اگر بله: چند سال پیش
۱۰۲. رابطه جنسی نامشروع:  باهم جنس  غیرهم جنس
۱۰۳. آیا در رابطه جنسی از کاندوم استفاده می‌کنید؟  بله  خیر
۱۰۴. آیا سابقه بیماری مقاربتی داشته‌اید؟  بله  خیر
۱۰۵. اگر بله: نوع بیماری
۱۰۶. آیا تاکنون سوزن آلوده به خون به بدن شما وارد شده است؟  بله  خیر
۱۰۷. اگر بله: چند سال پیش
۱۰۸. آیا برای استفاده از زیور آلات مانند حلقه و گوشواره و نگین و... بدنتان سوراخ شده است؟  بله  خیر
۱۰۹. اگر بله: چند سال پیش  کجا؟
۱۱۰.
۱۱۱. آیا واکسن هیپاتیت بی به شما تزریق شده است؟  بله  خیر
۱۱۲. اگر بله: چند سال پیش
۱۱۳. چند نوبت:

## سوالات مربوط به اعتیاد

  
  


۱۱۴. سن شروع مصرف مواد

۱۱۵. مدت زمان مصرف

۱۱۶. میزان مصرف

۱۱۷. انگیزه مصرف: .....

۱۱۸. نوع ماده مصرفی:  تریاک  شیره  هروئین  کراک  شیشه  چرس  کرس  متادون  ترامادول  معجون خوسفی  بنگ  گل  کریستال  کوکائین  خشیش  علف  ناس  نورجیزک  پان  سایر موارد

۱۱۹. نوع اعتیاد:  خوراکی  استنشاقی  تزریقی  ترکیبی

۱۲۰. آیا در یک سال اخیر سابقه یک بار مصرف تزریقی داشته اید؟  بله  خیر

۱۲۱. اولین ماده مصرفی:  تریاک  شیره  هروئین  کراک  شیشه  چرس  کرس  متادون  ترامادول  معجون خوسفی  بنگ  گل  کریستال  کوکائین  خشیش  علف

۱۲۲. تحت چه نوع درمان نگهدارنده ای قرار گرفتید؟  متادون  بوپرنورفین  شربت تریاک

۱۲۳. میزان دوز روزانه ..... ۱۲۴. مدت زمان نگهداری درمان (ماه) .....

۱۲۵. در چه محل هایی بیشتر با مواد مخدر مواجهه داشته اید؟  منزل  محیط کار  اجتماع

۱۲۶. سابقه مصرف مواد در خانواده و بستگان درجه یک (کدام عضو خانواده؟)  (تریاک  شیره  هروئین  کراک  شیشه  چرس  کرس  متادون  ترامادول  معجون خوسفی  بنگ  گل  کریستال  کوکائین  خشیش  علف  خیر

۱۲۷. آیا در حال حاضر سیگار مصرف می کنید؟  بله  خیر  ۱۲۸. اگر بله: چند نخ در روز

  
  


۱۲۹. برای چه مدت:

۱۳۰. نام برند سیگار مصرف:

۱۳۱. سن شروع مصرف سیگار:

۱۳۲. آیا در حال حاضر قلیان مصرف می کنید؟  بله  خیر  ۱۳۳. اگر بله: میوه ای  ساده  هردو

  


۱۳۴. چندبار در هفته

۱۳۵. سن شروع مصرف قلیان

۱۳۶. انگیزه شما برای ترک اعتیاد یا بهبودی چیست؟ : مشکلات اجتماعی ناشی از اعتیاد  طرد خانوادگی  ناتوانی در تهیه مواد  دلایل فردی  دلایل قانونی  آشنا شدن با عواقب اعتیاد از طریق رسانه ها  سایر موارد  ذکر شود .....

۱۳۷. مدت زمان پاک بودن؟

۱۳۸. داشتن دوست معتاد در زمان ترک:  بلی  خیر

۱۳۹. سابقه ترک اعتیاد:  بلی  خیر

۱۴۰. در صورت داشتن سابقه ترک اعتیاد از کدام روش استفاده کرده اید؟

کلینیک  کمپ  مرکز اقامتی بلند مدت  گروه معتادین بی نام

۱۴۱. در صورت داشتن سابقه ترک اعتیاد - چند بار بازگشت به اعتیاد داشته اید.....

۱۴۲. مدت زمان ماندگاری بر ترک اعتیاد: (برحسب ماه)  ۰-۱  ۱-۲  ۲-۳  ۳-۴  ۴-۵  ۵-۶  بیشتر از ۶ ماه

۱۴۳. قد  وزن  ۱۴۴. وزن  ۱۴۵. دور شکم  ۱۴۶. فشارخون

نام واحد:

تاریخ تکمیل:

## فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی

<b>عنوان طرح پژوهشی:</b> طرح نمونه گیری و آماده سازی نمونه ها جهت بررسی وضعیت سلامتی جسمانی و عوامل خطر مرتبط با آن در مراجعین به مراکز سوء مصرف مواد شهر بیرجند	<b>نام مجری یا مجریان طرح:</b> دکتر مسعود ضیائی، دکتر میترا مودی، دکتر امید مهرپور
<b>معرفی پژوهش</b> این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت و عوامل خطر مرتبط با آن در مراجعین به مراکز سوء مصرف مواد شهر بیرجند انجام خواهد شد.	<b>مزایا</b> با توجه به اهمیت مساله اعتیاد به مواد مخدر در جامعه و عوارض جبران ناپذیر آن برای فرد، خانواده و جامعه و از سوی دیگر سلامت جسمانی این افراد به طور جدی در معرض انواع مخاطرات نظیر ابتلا به هیپاتیت و سایر عفونت ها و همچنین مسمومیت با سرب قرار دارد، لذا پایش و انجام این آزمایشات در این گروه بیماران از مزایای این طرح می باشد. همچنین تست های کبدی AST و ALT و نیز تست CBC برای این بیماران به صورت رایگان در نظر گرفته شده است.
<b>خطرات</b> تمامی فرآیند نمونه گیری و آزمایش توسط پرسنل آموزش دیده با رعایت اصول بهداشتی انجام خواهد شد و خطری برای مراجعه کننده وجود ندارد.	<b>خطرات</b> -
<b>جبران خطرات</b> از بیماران ۶-۸ سی سی خون و نمونه ادرار برای انجام آزمایشات گرفته خواهد شد.	<b>نمونه گیری، دارودرمانی یا سایر خدمات (ذکر شود)</b> کلبه اطلاعاتی که از مراجعه کننده گرفته میشود و نیز نام او محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه خواهد گردید.
<b>محرمانه بودن</b> کلبه اطلاعاتی که از مراجعه کننده گرفته میشود و نیز نام او محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه خواهد گردید.	<b>پاسخگویی به پرسشها</b> آدرس: بیمارستان ولیعصر (عج)، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی تلفن تماس: +۳۱۶۲۲۴۳۰ -۳۱۶۲۲۴۳۱ -۳۱۶۲۲۴۳۰ +۵۶
<b>حق انصراف در خروج از مطالعه</b> شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهیم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان مایل بودم بدون آنکه تغییری در نحوه رفتار پزشک درمانگر یا نحوه درمان و مراقبت از بیماری اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.	<b>حق انصراف در خروج از مطالعه</b> شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهیم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان مایل بودم بدون آنکه تغییری در نحوه رفتار پزشک درمانگر یا نحوه درمان و مراقبت از بیماری اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.
<b>((رضایت))</b> اینجانب با آگاهی کامل از موارد فوق رضایت میدهم که به عنوان یک فرد مورد مطالعه در پژوهش طرح نمونه گیری و آماده سازی نمونه ها جهت بررسی وضعیت سلامت جسمانی و عوامل خطر مرتبط با آن در مراجعین به مراکز سوء مصرف مواد شهر بیرجند در سال ۱۳۹۸ به سرپرستی دکتر مسعود ضیائی، دکتر میترا مودی و دکتر امید مهرپور شرکت نمایم . کلبه اطلاعاتی که از من گرفته میشود و نیز نام من محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج تحقیقات به صورت کلی و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر میگردد و نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه خواهد گردید و همچنین براءت پزشک یا پزشکان این طرح را از کلیه اقدامات مذکور در برگیره اطلاعاتی در صورت عدم تقصیر در ارائه اقدامات اعلام میدارم. این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در صورتی که عملی خلاف و غیر انسانی انجام شود نخواهد بود.	
امضاء و اثر انگشت فرد مورد پژوهش	امضاء پژوهشگر مسعود ضیائی رئیس مرکز تحقیقات بیماری های عفونی 