|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ****Sở Y tế: …………………….....****CSĐT methadone ....................** | **Phụ lục VI** |

**BỆNH ÁN**

**ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC METHADONE**

Số thẻ: …………………………….

**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: ...................................

Ảnh (4x6)

**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 tiêmchích | Tổng thời gian sử dụng thường xuyên (năm) | Trong 1 tháng trở lại đây |
| Số ngày sử dụng trong tháng | Số lần sử dụng trong ngày | Cách sử dụng\* | Tổng số tiền/ngày |
| CDTP\*\*: |  |  |  |  |  |  |  |
| ATS\*\*\*:  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ecxtasy |  |  |  |  |  |  |  |
| 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=Methamphetamin*

**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:**

 **Không Có**

Quan hệ với nhiều bạn tình: [ ]  [ ]  Không sử dụng BCS thường xuyên [ ]

Quan hệ với người bán dâm: [ ]  [ ]  Không sử dụng BCS thường xuyên [ ]

Quan hê tình dục với người đồng giới: [ ]  [ ]  Không sử dụng BCS thường xuyên [ ]

**3. Tiền sử cai nghiện chất dạng thuốc phiện**

Số lần đã cai nghiện: ......................................................................................................................................

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

(\*) Địa điểm: 1= Trung tâm GDLDXH; 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)*

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

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

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

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

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

**1.3. Tiền án/tiền sự**

……………….................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………….

**2. 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:……0C Huyết áp:……/……mmHg Nhịp thở:……lần/phútChiều cao:……cm Cân nặng:……Kg  |

**2.** **Khám các bộ phận:**

- Tuần hoàn: ...................................................................................................................................................

- Hô hấp: .........................................................................................................................................................

- Nội tiết: ………………………………………………………………………………………………………

- Tiêu hoá: ......................................................................................................................................................

- Tiết niệu, sinh dục: .......................................................................................................................................

- Cơ, xương, khớp: …………………………………………………………………………………………….

- Thần kinh: ....................................................................................................................................................

- Các bộ phận khác (tai mũi họng, răng hàm mặt, mắt…): ..............................................................................

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

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

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

**4. Đánh giá các biểu hiện liên quan đến sử dụng chất dạng thuốc phiện:**

Mô tả các vết tiêm chích trên da ......................................................................................................................

Mô tả các biểu hiện nhiễm độc ........................................................................................................................

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

Mô tả hội chứng cai .........................................................................................................................................

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

**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 KHI VÀO ĐIỀU TRỊ**

**1. Bệnh chính** ................................................................................................................................................

**2. Các bệnh kèm theo:** ..................................................................................................................................

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

…………………………………………………………………………………………………………………

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

**VIII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ**

1. Kế hoạch điều trị methadone (xác định liều khởi đầu sau khi đánh giá mức độ dung nạp, lần hẹn tiếp theo, những vấn đề cần tư vấn cho bệnh nhân, hỗ trợ tâm lý xã hội…)

………………………………………….................………..……………………………………………………

….…………………………………………………………………………………...................………………

….………………………………………………………………………………………………...................…

………………………………………….................………..……………………………………………………

….…………………………………………………………………………………...................………………

….………………………………………………………………………………………………...................…

………………………………………….................………..……………………………………………………

….…………………………………………………………………………………...................………………

….………………………………………………………………………………………………...................…

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

………………………………………….................………..……………………………………………………

….…………………………………………………………………………………...................………………

………………………………………….................………..……………………………………………………

….…………………………………………………………………………………...................………………

…………………………………………………………………………………………………............

………………………………………….................………..……………………………………

….…………………………………………………………………………………...................……

….………………………………………………………………………………………………..........

………………………………………….................………..…………………………………………

….…………………………………………………………………………………...................……

….………………………………………………………………………………………………...........

………………………………………….................………..…………………………………………

 **Ngày tháng năm Ngày tháng năm**

**Thủ trưởng cơ sở điều trị methadone Bác sĩ điều trị**

 (Ký tên đóng dấu) (Ký và ghi rõ họ tên)