

## ХҮҮХДИЙН ХЭРЭГ ЭРХЛЭХ ГАЗАР CHILDREN'S ADMINISTRATION GAIN-SS

Хувилбар (GVER): GSS-annual 2.0.1

Зохиогчийн эрх @ 2005: Chestnut Health Systems

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН НЭР (НЭР, ДУНД НЭР, ОВОГ)	1. ОГНОО	2. <input type="checkbox"/> Насанд хүрсэн <input type="checkbox"/> Насанд хүрээгүй	3. <input type="checkbox"/> Үйлчлүүлэгч асуултад хариулахаас татгалзсан <input type="checkbox"/> Үйлчлүүлэгч асуултад хариулах боломжгүй
ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН УТАСНЫ ДУГААР	ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ТӨРСӨН ОГНОО	4. CAMIS ХУВИЙН ID	АРЬС ӨНГӨ/ЯС ҮНДЭС
ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ХАЯГ		ХОТ	МУЖ      ЗИП КОД
НИЙГМИЙН АЖИЛТНЫ НЭР			НИЙГМИЙН АЖИЛТНЫ УТАСНЫ ДУГААР

<p>5. Үйлчлүүлэгчид дараах үзлэг хийлгэхийг зөвлөсөн</p> <p><input type="checkbox"/> Сэтгэцийн эрүүл мэнд</p> <p><input type="checkbox"/> Архи, хар тамхины дон</p> <p><input type="checkbox"/> Хоёулангийнх нь</p> <p><input type="checkbox"/> Үйлчлүүлэгчийг үзүүл гэж зөвлөөгүй</p>	<p>6. Үйлчлүүлэгч одоогоор дараах үйлчилгээ авч байгаа</p> <p><input type="checkbox"/> Сэтгэцийн эрүүл мэнд</p> <p><input type="checkbox"/> Архи, хар тамхины дон</p> <p><input type="checkbox"/> Хоёулангийнх нь</p>	<p>7. <input type="checkbox"/> Хүүхэд хамгаалах үйлчилгээ (CPS)</p> <p><input type="checkbox"/> Гэр бүлийн сайн дурын үйлчилгээ</p> <p><input type="checkbox"/> Гэр бүл эвлэрүүлэх үйлчилгээ (FRS)</p> <p><input type="checkbox"/> Хүүхэд, гэр бүлийн халамжийн үйлчилгээ</p> <p><input type="checkbox"/> Хүүхдийн эрүүл мэнд, боловсролын хяналт (CHET)</p>
--	---	--

### Хувь хүний хэрэгцээний ерөнхий үнэлгээ-Товч шалгалт (GAIN-SS)

*Дараах асуултууд нь сэтгэл судлал, зан байдал, хувийн түгээмэл асуудлуудын талаархи асуултууд юм. Эдгээр асуудал нь танд хоёр буюу түүнээс олон долоо хоногийн турш байвал, эсвэл дахиж гарсаар байвал, эсвэл таныг үүргээ гүйцэтгэхэд тань саад болж байвал, эсвэл энэ чигээрээ цаашид үргэлжилж чадахгүй мэт санагдвал ХҮНДЭВТЭР гэж тооцогдоно. "ТИЙМ" эсвэл "ҮГҮЙ" гэж хариулна уу.*

**Сэтгэцийн эрүүл мэндийн дотогшлуулах зан байдлууд (IDScr 1):** Сүүлийн 12 сарын хугацаанд танд дараах хүндэвтэр асуудлууд байсан уу . . . .

a. огт гарцгүй болсон санагдах, ганцаардах, уйтгарлах, гуниглах, гутрах, ирээдүйдээ итгэл алдрах?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
b. нойр муудах, муухай зүүд зүүдлэх, тухтай унтаж чадахгүй байх, өдөр унтах?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
c. их түгших, тэвдэх, түгшүүртэй байх, айх, мэгдэх, муу юм тохиолдох гээд байгаа юм шиг санагдах?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
d. ямар нэгэн зүйл танд өнгөрснийг санагдуулах та ихэд зовниж, сэтгэл хямардаг уу?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
e. амьдралаа дуусгах буюу амиа хорлох талаар бодох?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй

**Хэрэв амиа хорлох тухай асуултаас бусад асуултад ХОЁР буюу түүнээс олон "ТИЙМ" гэсэн хариулт өгсөн бол Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үзлэгт орох хэрэгтэй. Харин амиа хорлох тухай асуултад "ТИЙМ" гэсэн хариулт өгсөн бол ХЯМРАЛЫН ШУГАМ буюу DMHP (Томилогдсон сэтгэцийн эрүүл мэндийн мэргэжилтэн)-д хандана уу.**

**Сэтгэцийн эрүүл мэндийн гадагшлуулах зан байдлууд (EDScr 2):** Сүүлийн 12 сарын хугацаанд та дараах зүйлсийг хоёр буюу түүнээс олон удаа үйлдсэн үү?

a. Хүссэн юмаа авах буюу ямар нэгэн юм хийхээс зугтахын тулд худал хэлэх буюу хуурч мэхэлдэг үү?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
b. Сургууль, ажил, гэртээ анхаарал тавихад хэцүү байдаг уу?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
c. Сургууль, ажил, гэртээ хүнээс заавар авахад хэцүү байдаг уу?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
d. Бусдыг дээрэлхэж, сүрдүүлж байсан үү?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
e. Бусадтай зодоон эхэлдэг үү?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй

**Хэрэв ХОЁР буюу түүнээс олон "ТИЙМ" гэсэн хариулт өгсөн бол Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үзлэгт орох хэрэгтэй**

**Мансууруулах бодис хэтрүүлэн хэрэглэдэг эсэх талаархи шалгалт (SDScr 3):** Сүүлийн 12 сарын турш та.....

a. согтууруулах ундаа буюу хар тамхи долоо хоног бүр хэрэглэсэн үү?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
b. согтууруулах ундаа буюу хар тамхи олж авах, хэрэглэх буюу тэдгээрийн нөлөөг мэдрэхэд их хугацаа зарцуулсан үү (мансуурах, шартах)?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
c. согтууруулах ундаа буюу хар тамхи хэрэглэх нь нийгмийн асуудал, зодоон цохионд хүргэж, бусад хүмүүстэй асуудал үүсгэхэд хүргэж байсан ч гэсэн та тэдгээрийг хэрэглэсээр байсан үү?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
d. таны согтууруулах ундаа буюу хар тамхины хэрэглээ ажил, сургууль, гэр дэх чухал үйл ажиллагаа болон нийгмийн арга хэмжээнд оролцохгүй байх, эдгээрт оролцохоо багасгах шалтгаан болох буюу эдгээр үйл ажиллагааны үеэр асуудал гаргахад хүргэж байсан үү?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
e. та согтууруулах ундаа буюу хар тамхинаас гарахад гар салганах, бөөлжих, хөдөлгөөнгүй суух буюу унтахад бэрхшээлтэй болох зэрэг асуудал тулгарсан уу, эсвэл өвчнөө намдаах буюу согтууруулах ундаа буюу хар тамхинаас гарснаас үүдсэн асуудлаас зайлсхийхийн тулд согтууруулах ундаа буюу хар тамхи хэрэглэсэн үү?	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй

**Хэрэв мансууруулах бодис хэтрүүлэн хэрэглэдэг эсэх буюу хоёр асуудал (мансууруулах бодис хэтрүүлэн хэрэглэх БА сэтгэцийн эрүүл мэнд) хоёулаа байдаг эсэх дээр ХОЁР буюу түүнээс олон "ТИЙМ" гэсэн хариулт өгсөн бол CDP буюу Мансууруулах бодисын эмчилгээний байгууллагад ханд**

**Энэ маягтын нэг хувь нь тодорхой үйлчилгээнд хандахыг зөвлөх ажиллагааны нэг хэсэг болж болохыг би ойлгож байна.**

ГАРЫН ҮСЭГ	ОГНОО
------------	-------