

اداره امور کودکان
CHILDREN'S ADMINISTRATION
GAIN-SS

نسخه: (GVER) GSS: سالانه 2.0.1

کپی رای: @2005: مرکز سیستمهای بهداشتی چست نات (Chesnut)

اسم مشتری (نام، نام وسط، نام خانوادگی)		1. تاریخ	2. <input type="checkbox"/> بزرگسال <input type="checkbox"/> جوان	3. مشتری از پاسخ دادن سوالات سر باز زد <input type="checkbox"/> مشتری نمی تواند به سوالات پاسخ دهد <input type="checkbox"/>
شماره تلفن مشتری	تاریخ تولد مشتری	4. شماره شناسایی CAMIS مشتری		نژاد/قومیت
آدرس مشتری	شهر	ایالت	کد پستی	
اسم مددکار اجتماعی		شماره تلفن مددکار اجتماعی		
5. مشتری ارجاع داده شده برای سنجش سلامت روانی <input type="checkbox"/> اعتیاد به مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> هر دو مورد <input type="checkbox"/> مشتری ارجاع داده نشده <input type="checkbox"/>	6. مشتری در حال حاضر خدمات دریافت می کند <input type="checkbox"/> سلامت روانی <input type="checkbox"/> اعتیاد به مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> هر دو مورد <input type="checkbox"/>	7. <input type="checkbox"/> خدمات حمایت از کودک (CPS) خدمات دواطلبانه خانواده <input type="checkbox"/> خدمات اصلاح خانواده (FRS) <input type="checkbox"/> خدمات رفاه کودک و خانواده <input type="checkbox"/> سیر بهداشتی و آموزشی کودک (CHET) <input type="checkbox"/>		

غربالگر کوتاه مدت - سنجش جهانی نیازهای فردی (GAIN-SS)

سوالات زیر در باره مشکلات رایج روانشناختی، رفتاری و شخصی است. اگر شما به مدت دو هفته یا بیشتر این مشکلات را داشته باشید، اگر آنها مدام برگردند، اگر این مشکلات مانع انجام مسئولیتهای شما شوند، یا اگر باعث شوند که شما احساس کنید نمی توانید به زندگی عادی ادامه دهید، در این صورت این مشکلات عمده تلقی می شوند. لطفاً به سوالات با "بله" یا "خیر" پاسخ دهید.

رفتارهای درونی ساز سلامت روانی (IDScr 1): در مدت 12 ماه گذشته، آیا مشکلات عمده ای داشته اید....

بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	a. آیا احساس گرفتاری، تنهایی، غمگینی، گرفتگی، افسردگی، یا نامیدی نسبت به آینده داشته اید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	b. آیا مشکل خواب، از جمله کابوس و خواب بد، بی قراری در خواب یا خواب رفتن در روز داشته اید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	c. آیا احساس دلواپسی، عصبانیت، تنش، ترس، وحشت یا اینکه اتفاق بدی خواهد افتاد، داشته اید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	d. آیا هنگامی که چیزی شما را به یاد گذشته می اندازد، بسیاری پریشان یا آشفتگی شده اید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	e. آیا به فکر پایان دادن به زندگی خود یا اقدام به خودکشی افتاده اید؟

در صورتی که به دو سوال یا بیشتر جواب بله داده اید، بخش سلامت روانی (Mental Health) مراجعه کنید، اما استثناً در صورتی که اقدام به خودکشی کرده اید، به خط بحران (CRISIS LINE) یا DMHP (متخصص گماشته شده سلامت روانی) مراجعه کنید.

رفتارهای بیرونی ساز سلامت روانی (EDScr 2): آیا در مدت 12 ماه گذشته، کارهای زیر را دو بار یا بیشتر انجام داده اید؟

بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	a. دروغ گفتن یا کلک زدن برای به دست آوردن چیزی که می خواهید یا برای اجتناب از انجام کاری که باید انجام می دادی؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	b. آیا برای شما دشوار بوده که در مدرسه، محل کار یا منزل، حواستان را جمع کنید و توجه کنید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	c. آیا برای شما دشوار بوده که در مدرسه، محل کار یا منزل به راهنمایی ها و دستورات گوش دهید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	d. آیا قلدری کرده اید یا دیگری را تهدید کرده اید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	e. آیا با دیگران دعوا کرده اید؟

در صورتی که به دو سوال یا بیشتر جواب بله داده اید، بخش سلامت روانی (Mental Health) مراجعه کنید

غربالگری اعتیاد به مواد (SDScr 3): آیا در مدت 12 ماه گذشته.....

بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	a. به صورت هفتگی الکل یا مواد مخدر مصرف کرده اید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	b. آیا زمان زیادی را صرف برای دست آوردن الکل یا مواد مخدر، مصرف الکل یا مواد مخدر کرده اید، یا برای مدت زیادی تحت تأثیر الکل یا مواد مخدر مست یا نشئه بوده اید؟ (در حد زیاد، تهوع و ناخوشی)؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	c. آیا همچنان به مصروف الکل یا مواد مخدر ادامه داده اید، اگرچه باعث مشکلات اجتماعی شده، منجر به جنگ و دعوا شده، یا سبب شده که شما در ارتباط با دیگران دچار درسر شوی؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	d. آیا مصرف الکل یا مواد مخدر باعث متوقف شدن، کاهش یافتن یا مختل شدن فعالیتهای مهم شما در محل کار، مدرسه، منزل، یا در مراسمهای اجتماعی شده است؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	e. آیا در صورتی که مصرف الکل یا مواد مخدر را کنار بگذارید، دچار مشکلاتی مانند لرزش دستها، استراحت، بی قراری در هنگام نشستن یا خوابیدن می شود، یا اینکه از الکل یا مواد مخدر برای جلوگیری از ناخوشی یا اجتناب از مشکلات ناشی از کنار گذاشتن آنها استفاده می کنید؟

در صورتی که در زمینه مصرف مواد یا در هر دو مورد (یعنی مصرف مواد و سلامت روانی)، به دو سوال یا بیشتر جواب بله داده اید، به بخش CDP یا معالج اعتیاد به مواد اینجاب اطلاع دارم که ممکن است نسخه ای از این فرم برای ارجاع جهت دریافت خدمات به کار برده شود.

اینجاب اطلاع دارم که ممکن است نسخه ای از این فرم برای ارجاع جهت دریافت خدمات به کار برده شود.

تاریخ	امضا
-------	------