



GAIN Short Screener (GAIN-SS)

نسخه: (GSS) (GVER) - 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) <input type="checkbox"/> 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"/>		

غریب‌الگر 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 نمی‌توانید به زندگی عادی ادامه دهید، در این صورت این مشکلات عمده تلقی می‌شوند. لطفاً به سوالات با "بله" یا "خیر" پاسخ دهید.

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

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

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

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

بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	a. دروغ گفتن یا کلک زدن برای به دست آوردن چیزی که می‌خواستید یا برای اجتناب از انجام کاری که باید انجام می‌دادی؟
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 راهنمایی‌ها و دستورات گوش دهید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	d. آیا قلدری کرده‌اید یا دیگری را تهدید کرده‌اید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	e. آیا با دیگران دعوا کرده‌اید؟

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

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

بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	a. به صورت هفتگی الکل یا مواد مخدر مصرف کرده‌اید؟
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 کرده‌اید، یا برای مدت زیادی تحت تأثیر الکل یا مواد مخدر مست یا نشئه بوده‌اید؟ (در حد زیاد، تهوع و ناخوشی)؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	c. آیا همچنان به مصروف الکل یا مواد مخدر ادامه داده‌اید، 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، بی‌قراری در هنگام نشستن یا خوابیدن می‌شود، یا اینکه از الکل یا مواد مخدر برای جلوگیری از ناخوشی یا اجتناب از مشکلات ناشی از کنار گذاشتن آنها استفاده می‌کنید؟

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 داده‌اید، به بخش CDP یا معالج اعتیاد به مواد اینجانب اطلاع دارم که ممکن است نسخه ای از این فرم برای ارجاع جهت دریافت خدمات به کار برده شود.

تاریخ	امضا
-------	------