**(-ร่าง-)**

เอกสารแนบ ๓

**ระบบฐานข้อมูลบูรณาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ**

**การบริหารจัดการ**

1. ศูนย์เพื่อการคัดกรอง

1) ชื่อศูนย์.............................................................

2) ที่อยู่ หน่วยงาน/สถานพยาบาล........................เลขที่...........หมู่.............. ตำบล............ อำเภอ............. จังหวัด......................

3) เบอร์โทรศัพท์......................................... เบอร์โทรสาร............................................

๒. ศูนย์เพื่อประสานการดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

1) ชื่อศูนย์.............................................................

2) ที่อยู่ หน่วยงาน/สถานพยาบาล........................เลขที่...........หมู่.............. ตำบล............ อำเภอ............. จังหวัด......................

3) เบอร์โทรศัพท์......................................... เบอร์โทรสาร............................................

๓. ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1) ชื่อค่าย.............................................................

2) ที่อยู่ หน่วยงาน/สถานพยาบาล........................เลขที่...........หมู่.............. ตำบล............ อำเภอ............. จังหวัด......................

3) เบอร์โทรศัพท์......................................... เบอร์โทรสาร............................................

๔) ระยะเวลาจัดค่าย.................วัน

**การเข้าสู่กระบวนการบำบัด**

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ - สกุล ........................................................... เพศ ......... สัญชาติ ................. ศาสนา ...........
2. เลขที่บัตรประชาชน ........................................... เลขพาสปอร์ต/เลขวีซ่า................................................(กรณีต่างชาติ)

วันเดือนปี เกิด .................................. อายุ ........... ปี

1. ที่อยู่ ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด ............................... ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ จังหวัด ...............................

ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)

เลขที่ ........... หมู่ ...... หมู่บ้าน /ชุมชน .............................. ถนน ................................

ตำบล ............................... อำเภอ ............................... จังหวัด ..............................

โทรศัพท์ติดต่อ .........................................................

ส่วนที่ ๒ การเข้าสู่ระบบบำบัดฟื้นฟู

1. การค้นหา

[ ] สมัครใจมาด้วยตนเอง [ ] ตั้งด่าน/ตรวจค้น [ ] จัดระเบียบสังคม [ ] ประชาคมหมู่บ้าน

[ ] อื่นๆ ระบุ................

1. ผลการตรวจปัสสาวะเบื้องต้น

[ ] พบสารเสพติด [ ] ไม่พบสารเสพติด

1. ความยินยอมในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

[ ] ยินยอม [ ] ไม่ยินยอม

1. ส่งศูนย์เพื่อการคัดกรอง ที่ .................................อำเภอ....................... จังหวัด...........................
2. ส่งสถานตรวจพิสูจน์/สำนักงานคุมประพฤติ ที่ .................................อำเภอ....................... จังหวัด...........................

**รายงานการคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด (Screening)**

วันที่ เข้ารับการคัดกรอง .. วว /ดด/ ปป..

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

(๑) ชื่อ - สกุล ........................................................... เพศ ......... สัญชาติ ................. ศาสนา ...........

(๒) เลขที่บัตรประชาชน ........................................... เลขพาสปอร์ต/เลขวีซ่า................................................(กรณีต่างชาติ)

วันเดือนปี เกิด .................................. อายุ ........... ปี

(๓) ที่อยู่ ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด ............................... ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ จังหวัด ...............................

ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)

เลขที่ ........... หมู่ ...... หมู่บ้าน /ชุมชน .............................. ถนน ................................

ตำบล ............................... อำเภอ ............................... จังหวัด ..............................

โทรศัพท์ติดต่อ .........................................................

1. สถานภาพสมรส .................. การศึกษา .............................. อาชีพ ............................... รายได้ ................ บาท/เดือน

อาศัยอยู่กับ............................(ในช่วง ๓๐ วันที่ผ่านมา) ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา........................................

ส่วนที่ ๒ การคัดกรองการใช้ยาเสพติด โรคร่วมทางจิตเวช และประเมินทางสังคม

1. ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติด

[ ] สมัครใจ

( ) สมัครใจมาด้วยตนเอง ( ) สมัครใจยินยอมตามมาตรการกดดันทางกฎหมาย

[ ] บังคับบำบัด

[ ] ต้องโทษ

[ ] คุมความประพฤติ

1. ยาเสพติดหลักที่ใช้ ..................................
2. ผลการคัดกรอง

[ ] ผู้ใช้ [ ] ผู้เสพ [ ] ผู้ติด

(user,กลุ่มเสี่ยงต่ำ) (abuse,กลุ่มเสี่ยงปานกลาง) (dependence,กลุ่มเสี่ยงสูง)

1. การคัดกรองโรคร่วม /โรคแทรกทางจิตเวช

[ ] พูดจาเพ้อเจ้อ [ ] แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม

[ ] ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น [ ] แยกตัวเองจากสังคม ไม่สุงสิงกับใคร

[ ] หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล [ ] หูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน

[ ] มีพฤติกรรมอื่นๆที่ผิดจากคนปกติทั่วไป [ ] คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา

[ ] มีความคิด /พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย [ ] รู้สึกหดหู่เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือเบื่อหน่าย

[ ] ไม่มี

1. ประวัติรักษาโรคทางจิตเวช [ ] ไม่มี [ ] มี
2. ประวัติโรคเรื้อรัง/โรคติดต่อ [ ] ไม่มี [ ] มี ระบุ ..................
3. ประวัติคดีอาญา [ ] ไม่มี [ ] มี ระบุ ..................

( ลักทรัพย์ / ทำร้ายร่างกาย / ฆาตกรรม / ยาเสพติด)

1. คนเร่ร่อน ไร้ที่พักพิง [ ] ไม่ใช่ [ ] ใช่
2. ผู้พิการ [ ] ไม่ใช่ [ ] พิการทางจิต [ ] พิการทางกาย (ตาบอด/หูหนวก/เป็นใบ้/อื่นๆ)
3. สรุปรายงาน [ ] รับรักษา (ขึ้นทะเบียน รายงานการบำบัดฯที่หน่วยคัดกรอง)

[ ] ส่งต่อ (refer) (ขึ้นทะเบียน รายงานการบำบัดฯ ที่หน่วยบำบัดอื่น)

( ) ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชื่อค่าย................................อำเภอ....................จังหวัด......................

วันที่........เดือน..........ปี............

( ) สถานพยาบาล/ศูนย์บำบัด/โรงพยาบาล........................... อำเภอ....................จังหวัด......................

วันที่........เดือน..........ปี............

[ ] จำหน่าย (discharge) ไปหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง นอกระบบ บสต. ระบุ ..................

**หมายเหตุ :** - ระบบสมัครใจ กลุ่มเสี่ยงต่ำและปานกลาง ใช้แบบรายงานการคัดกรองและการบำบัด และกลุ่มเสี่ยงสูง ใช้แบบรายงานการคัดกรอง การบำบัด การฟื้นฟูฯ และการติดตาม

- ระบบต้องโทษ ใช้แบบรายงานการบำบัด การฟื้นฟูฯ และการติดตาม

- ระบบบังคับบำบัด ใช้แบบรายงานการคัดกรอง การบำบัด การฟื้นฟูฯ และการติดตาม

- ระบบคุมความประพฤติ กรณีตาม ป.อาญา ใช้แบบรายงานการบำบัด การฟื้นฟูฯ และการติดตาม (เฉพาะกรณีควบคุมและสอดส่องเท่านั้น) กรณีตาม พรบ.ศาลเยาวชน/พักโทษ/ลดโทษ ใช้แบบรายงานการฟื้นฟูฯ และการติดตาม

**รายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติด (Assessment & Early intervention)**

วันที่ ลงทะเบียนการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติด ... วว /ดด/ ปป...

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ - สกุล ........................................................... เพศ ......... สัญชาติ ................. ศาสนา ...........
2. เลขที่บัตรประชาชน ........................................... เลขพาสปอร์ต/เลขวีซ่า................................................(กรณีต่างชาติ)

วันเดือนปี เกิด .................................. อายุ ........... ปี

1. ที่อยู่ ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด ............................... ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ จังหวัด ...............................

ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)

เลขที่ ........... หมู่ ...... หมู่บ้าน /ชุมชน .............................. ถนน ................................

ตำบล ............................... อำเภอ ............................... จังหวัด ..............................

โทรศัพท์ติดต่อ .........................................................

1. สถานภาพสมรส .................. การศึกษา .............................. อาชีพ............................... รายได้ ................ บาท/เดือน

อาศัยอยู่กับ............................(ในช่วง ๓๐ วันที่ผ่านมา) ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา........................................

1. ระบบการบำบัดรักษา .....................................
2. ยาเสพติดหลักที่ใช้ ......................................
3. ผลการคัดกรอง ........................................

ส่วนที่ ๒

1. ใช้ยาเสพติดครั้งแรก อายุ ........ ปี ระบุ ยาเสพติด .......................... (ยกเว้น บุหรี่ , สุรา)
2. สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติด *ครั้งแรก* (โปรดระบุข้อสำคัญที่สุดเพียงข้อเดียว)

[ ] เพื่อนชวน [ ] อยากลอง [ ] ความสนุกสนาน

[ ] ทำให้หายป่วย [ ] ไม่สบายใจ [ ] ช่วยงานอาชีพ [ ] อื่นๆระบุ…..

1. ใช้ยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน.................... (ตัวยาหลัก) ใช้มาแล้ว ....... ปี (นิยาม ยาเสพติดที่ใช้ล่าสุดก่อนติดคุก/ก่อนถูกจับ?)
2. วันที่ใช้ยาเสพติด (ตัวยาหลัก) *ครั้งสุดท้าย* ..... วว /ดด/ ปป..... ระบุ ยาเสพติด ............................
3. เคยเข้ารับการบำบัดรักษามาก่อนหรือไม่

[ ] ไม่เคย

[ ] เคย จำนวน ...... ครั้ง วันที่เข้ารับการบำบัดครั้งสุดท้าย ..... วว /ดด/ ปป..... สถานที่บำบัด .................

1. หลังจากบำบัดรักษาครั้งสุดท้าย หยุดเสพได้นานเท่าไหร่ (ตอบเฉพาะกรณีเคยเข้ารับการบำบัด)

[ ] น้อยกว่า ๑ เดือน [ ] ๑ เดือนขึ้นไป ระบุ .... เดือน …….. ปี

1. เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ (ระบุข้อสำคัญที่สุดข้อเดียว)

(๗.๑) สมัครใจ

[ ] สุขภาพไม่ดี [ ] มีปัญหาทางจิตใจ [ ] ไม่มีเงินซื้อยาเสพติด [ ] หาซื้อยาเสพติดยาก [ ] ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง [ ] โรงเรียน [ ] เงื่อนไขของสถานประกอบการ [ ] อยากเลิก

[ ] โครงการ TO BE NUMBER ONE [ ] กลัวถูกจับ

[ ] สมัครใจตาม มาตรา ๑๘/๑ พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.๒๕๔๕

[ ] ตั้งด่าน/ตรวจค้น [ ] จัดระเบียบสังคม [ ] ประชาคมหมู่บ้าน

[ ] อื่นๆ ระบุ ....................

(๗.๒) บังคับบำบัด

[ ] พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.๒๕๔๕

[ ] ยินยอมสมัครใจบำบัดตามประกาศ คสช. ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ครบ ๕ ครั้ง

[ ] อื่นๆ ระบุ ....................

(๗.๓) การคุมความประพฤติ

[ ] ผู้ถูกคุมความประพฤติที่เป็นผู้ใหญ่

[ ] ผู้ถูกคุมความประพฤติที่เป็นเด็กและเยาวชน

[ ] ผู้ถูกคุมความประพฤติที่ได้รับการพักการลงโทษ/ลดวันต้องโทษ

(๗.๔) ต้องโทษ

[ ] พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.๒๕๒๒ มาตรา ๕๗, ๙๑

[ ] พ.ร.บ. ศาลเยาวชนและครอบครัว พ.ศ.๒๕๕๓ ระบุคดี....................................

[ ] อื่นๆ ระบุ ....................

1. ชนิดยาเสพติดที่ใช้ก่อนมารักษา (เรียงลำดับยาเสพติดที่ใช้บ่อยจากมากไปน้อย)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ชื่อสารเสพติด | วิธีใช้ | จำนวนปริมาณยาเสพติดที่ใช้ / สัปดาห์ | จำนวนครั้งที่ใช้ / สัปดาห์ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. การวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชศาสตร์ (วินิจฉัยเบื้องต้น) ตามแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต

[ ] ไม่มี [ ] มี ภาวะโรคจิต [ ] มี ความคิด / พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

[ ] มี โรคซึมเศร้า (คะแนน ๙ คำถาม > ๗ ) [ ] มี พฤติกรรมก้าวร้าว

ระบุการวินิจฉัยโรคจิตเวช รหัส ICD๑๐ ........... ( F \_\_.\_\_ , F\_\_.\_\_ )

1. การบำบัดด้วยยา

[ ] ไม่จำเป็นต้องให้ยารักษา [ ] รักษาตามอาการ (symptomatic & supportive)

[ ] เพื่อถอนพิษยาเสพติด (detoxification) [ ] เพื่อทดแทนยาเสพติด (replacement)

[ ] รักษาโรคร่วม /โรคแทรกทางจิตเวช (psychotropic medication)

[ ] OPD [ ] IPD

1. โปรแกรม /รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

[ ] การแนะนำแบบสั้น (brief advice)

[ ] การให้คำปรึกษาแบบสั้นรายบุคคล (brief intervention, brief counseling)

[ ] การให้คำปรึกษาแบบสั้นรายครอบครัว (family counseling)

[ ] การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling)

[ ] การสัมภาษณ์เพิ่มแรงจูงใจ (motivational interviewing /enhancement)

[ ] การให้ความรู้โรคร่วม /โรคแทรกทางจิตเวช (psychiatric comorbidity psycho-education)

[ ] การเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

[ ] การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

[ ] อื่นๆ ระบุ ....................

1. ประเมินระดับแรงจูงใจ ก่อนเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เฉพาะสมัครใจ-กลุ่มเสี่ยงสูง)

[ ] เมินเฉย [ ] ลังเล [ ] ตัดสินใจ

[ ] ลงมือปฏิบัติ [ ] กระทำต่อเนื่อง [ ] กลับไปเสพซ้ำ

1. ผลการบำบัดรักษา (เฉพาะสมัครใจ)

(๑๓.๑) ผู้ใช้, ผู้เสพ

[ ] เลิกเสพ (quit) [ ] เสพอีก (re-use)

[ ] ติดตามไม่ได้ (loss) [ ] ถูกจับ [ ] เสียชีวิต

(๑๓.๑) ผู้ติด

[ ] จูงใจสำเร็จ [ ] จูงใจไม่สำเร็จ

[ ] ติดตามไม่ได้ (loss) [ ] ถูกจับ [ ] เสียชีวิต

*หมายเหตุ - เลิกเสพ หมายถึง ปรับนิยามหยุดเสพยาต่อเนื่องในขณะเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผลตรวจปัสสาวะทุกเดือน เป็น ลบ ต่อเนื่องกัน ๓ ครั้งโยกไปไว้ในรายงานติดตามฯ*

*- จูงใจสำเร็จ หมายถึง ประเมินระดับแรงจูงใจใน ข้อ ๑๓ เป็น ตัดสินใจ, ลงมือปฏิบัติ หรือ กระทำต่อเนื่อง*

1. ผลการรักษาโรคร่วม /โรคแทรกทางจิตเวช (เฉพาะสมัครใจ)

[ ] อาการทางจิตสงบ / ดีขึ้น [ ] อาการทางจิตคงเดิม

[ ] อาการทางจิตแย่ลงเล็กน้อย [ ] อาการทางจิตแย่ลงมากจนต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำ

1. ผลการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

[ ] ครบโปรแกรม

[ ] ไม่ครบโปรแกรม เนื่องจาก

( ) มีอาการทางจิต หรือเป็นผู้ติดรุนแรง ส่งต่อเข้าฟื้นฟูในสถานพยาบาล....................................

( ) ออกจากการบำบัดฟื้นฟูก่อนครบกำหนด เช่น กลับไปทำงาน ย้ายที่อยู่ ผู้ปกครองมารับตัว เป็นต้น

( ) หลบหนี

( ) ตรวจสอบภายหลังพบว่าเป็นผู้อยู่ระหว่างดำเนินคดีอื่น

( ) เสียชีวิต

( ) อื่นๆ ระบุ...........................

1. คำสั่งคณะอนุกรรมการฯ ให้ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (เฉพาะบังคับบำบัด)

[ ] ควบคุมตัว

[ ] แบบเข้มงวด ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] แบบไม่เข้มงวด ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] ไม่ควบคุมตัว

[ ] ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] บำบัดในชุมชน ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] ฟื้นฟูในโปรแกรมคุมประพฤติ ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] โปรแกรมปรับตัวสู่สังคม ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

1. สรุปรายงาน (ระบุ วัน เวลา)

[ ] รับรักษาต่อ (ขึ้นทะเบียน รายงานการฟื้นฟูฯ) (สมัครใจ : จูงใจสำเร็จ,

บังคับบำบัด : โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ

การคุมความประพฤติ : ดำเนินการโดยสำนักงานคุมประพฤติเจ้าของคดีต้องโทษ : บำบัดฟื้นฟูภายในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน/สถาน

พินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

[ ] ส่งต่อ (refer) ระบุ .................. (ขึ้นทะเบียน รายงานการฟื้นฟูฯ

สมัครใจ : ระดับการเสพติดรุนแรงต้องส่งต่อสถานพยาบาลเฉพาะทาง

บังคับบำบัด : ส่งให้หน่วยพหุภาคี

การคุมความประพฤติ : ส่งประเด็นให้สำนักงานคุมประพฤติอื่นดำเนินการ

ต้องโทษ : ราชทัณฑ์ กรณีเข้าโครงการวิวัฒน์พลเมืองราชทัณฑ์ที่ได้รับพัก

การลงโทษ ส่งต่อให้สำนักงานคุมประพฤติ ขึ้นทะเบียนรายงาน

การติดตาม

พินิจฯ ส่งต่อศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน)

[ ] หยุดหรือเลิกรับการบำบัด (drop out)

[ ] จำหน่าย (discharge) (สมัครใจ : กลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงปานกลาง : หยุดเสพ

กลุ่มเสี่ยงสูง : จูงใจไม่สำเร็จ

ทุกกลุ่ม : เสพอีก ติดตามไม่ได้ ถูกจับ เสียชีวิต

บังคับบำบัด : ไม่เข้าเงื่อนไขบังคับบำบัด ในกรณี มาตรา 19, 20, 24

ต้องโทษ : กรณีส่งต่อให้หน่วยบำบัดสาธารณสุข, เสียชีวิต, อื่นๆ ระบุ.....

(เช่น ศาลสั่งให้คุมความประพฤติต่อที่กรมคุมประพฤติ)

หมายเหตุ : ๑. ระบบบังคับบำบัด ไม่กรอกข้อมูล ข้อ ๙-๑๕

๒. ระบบคุมความประพฤติ ไม่กรอกข้อมูล ข้อ ๙-๑๖

๓. ระบบต้องโทษ - กรมราชทัณฑ์ ไม่กรอกข้อมูล ข้อ ๙-๑๗ - กรมพินิจฯ ไม่กรอกข้อมูล ข้อ ๑๐-๑๖

**รายงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (Rehabilitation)**

วันที่ ลงทะเบียนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ... วว /ดด/ ปป ….

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ - สกุล ........................................................... เพศ ......... สัญชาติ ................. ศาสนา ...........
2. เลขที่บัตรประชาชน ........................................... เลขพาสปอร์ต/เลขวีซ่า................................................(กรณีต่างชาติ)

วันเดือนปี เกิด .................................. อายุ ........... ปี

1. ที่อยู่ ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด ............................... ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ จังหวัด ...............................

ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)

เลขที่ ........... หมู่ ...... หมู่บ้าน /ชุมชน .............................. ถนน ................................

ตำบล ............................... อำเภอ ............................... จังหวัด ..............................

โทรศัพท์ติดต่อ .........................................................

1. สถานภาพสมรส .................. การศึกษา .............................. อาชีพ ............................... รายได้ ................ บาท/เดือน

อาศัยอยู่กับ............................(ในช่วง ๓๐ วันที่ผ่านมา) ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา........................................

1. ระบบการบำบัดรักษา .....................................
2. ยาเสพติดหลักที่ใช้ ......................................
3. ผลการคัดกรอง ........................................

ส่วนที่ ๒

1. รูปแบบ(สถานที่/บริบท) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๑.๑) สมัครใจ

[ ] ผู้ป่วยนอก (out patient) ในสถานพยาบาล [ ] ฟื้นฟูฯ ในสถานพยาบาล (residential)

[ ] ฟื้นฟูฯ ในสถานพยาบาลจิตเวช [ ] ฟื้นฟูฯ ในวัด

[ ] ฟื้นฟูฯ ในชุมชน [ ] อื่นๆ ระบุ ....................

(๑.๒) บังคับบำบัด

[ ] ควบคุมตัว

[ ] แบบเข้มงวด ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] แบบไม่เข้มงวด ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] ไม่ควบคุมตัว

[ ] ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] บำบัดในชุมชน ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] ฟื้นฟูในโปรแกรมคุมประพฤติ ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

[ ] โปรแกรมปรับตัวสู่สังคม ที่........................................... เป็นเวลา..............วัน

(๑.๓) การคุมความประพฤติ (เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ)

[ ] รายงานตัว

[ ] เข้ารับการรักษา

[ ] ฝึกอาชีพ

[ ] บริการสังคม

[ ] ฝึกหัดหรือทำงานอาชีพอันเป็นกิจจะลักษณะ

[ ] ให้ประกอบอาชีพให้เป็นกิจจะลักษณะ

[ ] ให้ละเว้นการคบหาสมาคม หรือการประพฤติใดอันอาจนำไปสู่การกระทำผิดในทำนองเดียวกันอีก

[ ] ให้ไปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ

[ ] ให้ไปรับการบำบัดรักษาความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ หรือความเจ็บป่วยอย่างอื่น

[ ] ห้ามเกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษ

[ ] เงื่อนไขอื่นๆ ระบุ...............................

(๑.๓) ต้องโทษ

[ ] โครงการวิวัฒน์พลเมืองราชทัณฑ์

[ ] ฟื้นฟูฯ ในเรือนจำและทัณฑสถาน

[ ] ฟื้นฟูฯ ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

[ ] ฟื้นฟูฯ ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน

[ ] อื่นๆ ระบุ ....................

1. วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

[ ] การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy, CBT)

[ ] การบำบัดเสริมแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy, MET)

[ ] การบำบัดแบบพิจารณาตามความเป็นจริง (reality therapy, RT)

[ ] การช่วยจัดการสิบสองขั้นตอน step facilitator (twelve, TSF)

[ ] การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโรคร่วม /โรคแทรกทางจิตเวช (psychiatric comorbidity rehabilitation) [ ] การบำบัดแบบรายครอบครัว (family therapy) [ ] การบำบัดแบบกลุ่ม (group therapy)

[ ] การบำบัดแบบซาเทียร์ (Sartir’s) [ ] การบำบัดทางศาสนา (นอกเหนือจากหลักสูตรวิถีพุทธ)

[ ] จิตสังคมบำบัด (matrix) [ ] ชุมชนบำบัด (TC)

[ ] การฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนววิถีพุทธ [ ] การบำบัดฟื้นฟูแบบจิราสา

[ ] การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

[ ] การบำบัดฟื้นฟูฯ เข้มข้นทางสายใหม่แบบประยุกต์ (FAST)

[ ] การบำบัดฟื้นฟูฯ ตามแนวค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

[ ] โปรแกรมฟื้นฟูของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

[ ] อื่นๆ ระบุ ....................

1. การให้ยา

[ ] รักษาโรคร่วมทางจิตเวช (psychotropic medication) [ ] การให้เมทาโดน (methadone maintenance) [ ] รักษาโรคร่วมทางจิตเวช และ เมทาโดน [ ] อื่นๆ ระบุ ....................

[ ] ไม่มีการให้ยา

*\*\*\*\*ระบบสมัครใจ เสนอให้ตัดข้อ (๑) – (๓) ออก*

1. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๔.๑ สมัครใจ

[ ] หยุดเสพ (remission) [ ] ลดการเสพ (partial remission) [ ] ยังคงเสพ (non-remission)

[ ] ติดตามไม่ได้ (loss) [ ] ถูกจับ [ ] เสียชีวิต

[ ] การฟื้นฟูฯ ยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้ ต้องได้รับการฟื้นฟูฯ ต่อ

*หมายเหตุ – กรณีสมัครใจ หยุดเสพ หมายถึง หยุดเสพยาต่อเนื่องได้ ๙๐ วัน, ผลตรวจปัสสาวะทุกเดือน เป็นลบต่อเนื่องกัน ๓ ครั้ง*

*ลดการเสพ หมายถึง หยุดเสพยาได้ ๘๐% ของจำนวนวันทั้งหมดของการฟื้นฟูฯ (๑๘๐ วัน), ผลตรวจ*

*ปัสสาวะทุกเดือน เป็น ลบ ๔ ครั้ง ใน ๖ เดือน*

๔.๒ บังคับบำบัด

(๔.๒.๑) ช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพ

[ ] ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

[ ] ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ต้องขยายระยะเวลาการฟื้นฟูฯ

[ ] ไม่เข้ารับการฟื้นฟูฯ (loss)

(๔.๒.๒) กรณีปรับแผนการฟื้นฟูฯ

[ ] คงเดิม

[ ] เข้มข้นขึ้น จากรูปแบบ ........ เป็นรูปแบบ .........

(๔.๒.๓) กรณีขยายระยะเวลาการฟื้นฟูฯ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ครั้งที่ 1 | วว/ดด/ปป | ระยะเวลาที่ขยาย ... เดือน |
| ครั้งที่ 2 | วว/ดด/ปป | ระยะเวลาที่ขยาย ... เดือน |
| ครั้งที่ 3 | วว/ดด/ปป | ระยะเวลาที่ขยาย ... เดือน |

(๔.๒.4) กรณีมีการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลายรอบ (ถูกจับคดีใหม่)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ครั้งที่ ๑ | รูปแบบ | วิธีการ |
| ครั้งที่ ๒ | รูปแบบ | วิธีการ |
| ครั้งที่ ๓ | รูปแบบ | วิธีการ |
| ครั้งที่ ๔ | รูปแบบ | วิธีการ |
| ครั้งที่ ๕ | รูปแบบ | วิธีการ |

๔.๓ การคุมความประพฤติ

[ ] ปฏิบัติตามเงื่อนไข

[ ] ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข

[ ] อื่นๆ (ตาย)

1. ผลการรักษาโรคร่วมทางจิตเวช

[ ] อาการทางจิตสงบ / ดีขึ้น [ ] อาการทางจิตคงเดิม

[ ] อาการทางจิตแย่ลงเล็กน้อย [ ] อาการทางจิตแย่ลงมากจนต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำ

[ ] ไม่มีการรักษาโรคร่วมทางจิตเวช

1. ประเมินระดับแรงจูงใจ หลังเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เฉพาะสมัครใจ)

[ ] เมินเฉย [ ] ลังเล [ ] ตัดสินใจ

[ ] ลงมือปฏิบัติ [ ] กระทำต่อเนื่อง [ ] กลับไปเสพซ้ำ

1. ผลการฟื้นฟูฯ ตามคำสั่งคณะอนุกรรมการฯ (เฉพาะบังคับบำบัด)

[ ] พอใจ [ ] ไม่พอใจ

[ ] จำหน่ายคดี (กรณีตาย ทำความผิดฐานอื่น ถูกจับคดีใหม่ เสพ ตามมาตรา ๒๐ ต้องหาหรือถูกดำเนินคดี

ตามมาตรา ๒๔)

1. ผลการคุมความประพฤติ (เฉพาะคุมความประพฤติ)

[ ] พ้นคุมความประพฤติด้วยดี [ ] ผิดเงื่อนไข [ ] พฤติการณ์เปลี่ยนแปลง (ไปต่างประเทศ ถูกจับใหม่ ตาย ฯลฯ)

1. ผลการฟื้นฟูฯ (เฉพาะต้องโทษ)

[ ] จบโปรแกรม โดยที่ [ ] ยังอยู่ในเรือนจำ

[ ] ออกจากเรือนจำ

[ ] ยังอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

[ ] ยังอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน

[ ] ไม่จบโปรแกรม ระบุเหตุผล..................... (ไม่ยอมรับโปรแกรม/พ้นคุมประพฤติ/พ้นโทษ/ย้ายเรือนจำ/เสียชีวิต)

1. สรุปรายงาน [ ] ติดตามรักษาต่อเนื่อง (กรณีสมัครใจ : หยุดเสพ ลดการเสพ)

(ขึ้นทะเบียน รายงานการติดตามฯ) กรณีบังคับบำบัด : ผลการฟื้นฟูฯ พอใจ

กรณีคุมความประพฤติ : พ้นคุมความประพฤติด้วยดี

กรณีต้องโทษ : จบโปรแกรมการฟื้นฟูฯ)

[ ] ส่งต่อ (refer) ระบุ .................. (กรณีสมัครใจ : ส่งต่อ รพ.ใกล้บ้าน กรณี หยุดเสพ หรือ

(ขึ้นทะเบียน รายงานการติดตามฯ) ลดการเสพ

กรณีบังคับบำบัด : ไม่พอใจ..................

กรณีต้องโทษ : กรณีโครงการวิวัฒน์พลเมืองราชทัณฑ์ ส่งต่อให้สำนักงานคุมประพฤติ จากรายงานการบำบัด ไปยัง รายงานการติดตามฯ)

[ ] จำหน่าย (discharge) (กรณีสมัครใจ : ยังคงเสพ ติดตามไม่ได้ ถูกจับ เสียชีวิต

กรณีบังคับบำบัด : กรณี ตอบ “ไม่พอใจ” และ “จำหน่ายคดี” ข้อ (๗)

กรณีคุมความประพฤติ : กรณี ตอบ “ผิดเงื่อนไข” และ “พฤติการณ์

เปลี่ยนแปลง” ข้อ (๘)

กรณีต้องโทษ : ราชทัณฑ์ ได้แก่ พ้นคุมความประพฤติ พ้นโทษ

พินิจฯ ได้แก่ เสียชีวิต ปล่อยตัว อื่นๆ)

หมายเหตุ : ระบบต้องโทษ - กรมราชทัณฑ์และกรมพินิจฯ ไม่กรอกข้อมูล ข้อ ๓-๘

**รายงานการติดตามรักษาต่อเนื่อง (After care) การดูแลรักษาต่อเนื่อง**

วันที่ ลงทะเบียนการติดตามรักษาต่อเนื่อง ... วว /ดด/ ปป ….

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ - สกุล ........................................................... เพศ ......... สัญชาติ ................. ศาสนา ..........
2. เลขที่บัตรประชาชน ........................................... เลขพาสปอร์ต/เลขวีซ่า................................................(กรณีต่างชาติ)

วันเดือนปี เกิด .................................. อายุ ........... ปี

1. ที่อยู่ ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด ............................... ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ จังหวัด ...............................

ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)

เลขที่ ........... หมู่ ...... หมู่บ้าน /ชุมชน .............................. ถนน ................................

ตำบล ............................... อำเภอ ............................... จังหวัด ..............................

โทรศัพท์ติดต่อ .........................................................

1. สถานภาพสมรส .................. การศึกษา .............................. อาชีพ ............................... รายได้ ................ บาท/เดือน

อาศัยอยู่กับ............................(ในช่วง ๓๐ วันที่ผ่านมา) ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา........................................

1. ระบบการบำบัดรักษา .....................................
2. ยาเสพติดหลักที่ใช้ ......................................
3. ผลการคัดกรอง ........................................

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการติดตามรักษาต่อเนื่อง

ผลการรายงานเมื่อสิ้นสุดการติดตาม ครั้งที่.......................... ระบุ วันที่.......... เดือน................พ.ศ. ................

1. รูปแบบการติดตามรักษาต่อเนื่องหลังการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

(ระบุได้มากกว่า ๑ ข้อ)

[ ] นัดติดตามการรักษาในสถานบำบัด [ ] นัดให้มารายงานตัวในสถานที่กำหนด

[ ] การติดตามภายในสถานที่ควบคุมตัว [ ] การติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน

[ ] การติดตามโดยอาสาสมัครในชุมชน [ ] อื่นๆ ระบุ ....................(โทรศัพท์/จดหมาย)

1. วิธีการติดตามรักษาต่อเนื่อง

[ ] กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group)

[ ] โปรแกรมป้องกันการเสพซ้ำ (relapse prevention)

[ ] กลุ่มปัญญาสังคม [ ] โปรแกรมประยุกต์เฉพาะพื้นที่

[ ] occupational therapy [ ] recreation therapy

[ ] social skill training

[ ] โปรแกรมในศูนย์ฝีกและอบรมเด็กและเยาวชน

[ ] อื่นๆ ระบุ ....................

1. สถานะของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

[ ] พบ

( ) ไม่เสพ

( ) เสพ

( ) ใช้ ๑-๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ( ) ใช้มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์

[ ] ไม่พบ เนื่องจาก

( ) **ย้ายที่อยู่ กรอกที่อยู่ใหม่**

**เลขที่ .......หมู่ที่ ...... ซอย............ถนน ............. หมู่บ้าน/ชุมชน...........ตำบล/แขวง ...................**

**อำเภอ/เขต/เทศบาล ............จังหวัด ................ รหัสไปรษณีย์ .....................**

( ) **เปลี่ยนที่ทำงาน กรอกที่อยู่ใหม่**

**เลขที่ .......หมู่ที่ ...... ซอย............ถนน ............. หมู่บ้าน/ชุมชน...........ตำบล/แขวง ...................**

**อำเภอ/เขต/เทศบาล ............จังหวัด ................ รหัสไปรษณีย์ .....................**

**( )** ถูกจับ ( ) เสียชีวิต

( ) ติดตามไม่ได้ ( ) อื่นๆ ระบุ......

1. สภาพร่างกาย

[ ] แข็งแรง [ ] อ่อนแอ [ ] เจ็บป่วย/ทรุดโทรม

1. สภาพจิตใจ

[ ] ปกติ [ ] ซึมเศร้า/แยกตัว [ ] ก้าวร้าว [ ] หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล

[ ] หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน

1. การให้ยา

[ ] รักษาโรคร่วมทางจิตเวช (psychotopic medication) [ ] การให้เมธาโดน (methadone maintenance)

[ ] รักษาโรคร่วมทางจิตเวช และเมธาโดน [ ] อื่นๆ ระบุ ....................

1. ผลการติดตามรักษาต่อเนื่อง

[ ] ไม่เสพซ้ำ (non-relapse) [ ] เผลอเสพ (lapse) [ ] เสพซ้ำ (relapse) [ ] ติดตามไม่ได้ (loss)

[ ] ถูกจับ [ ] เสียชีวิต

1. ผลการรักษาโรคร่วมทางจิตเวช

[ ] สงบ ดีขึ้น [ ] คงเดิม [ ] แย่ลงเล็กน้อย [ ] แย่ลงมาก

1. ผลการรักษาด้านครอบครัวและสังคม (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

[ ] อาศัยอยู่ในครอบครัวได้ [ ] อาศัยอยู่ในชุมชนได้ [ ] ไม่ก่อคดีใดๆเพิ่มขึ้น [ ] อาสาสมัครในชุมชน

[ ] เรียนหนังสือต่อได้ [ ] มีงานทำ /รายได้พอเลี้ยงชีพได้

1. ระดับคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ๒๖ ข้อ

[ ] ไม่ดี [ ] ปานกลาง [ ] ดี

1. สัมพันธภาพในครอบครัว

[ ] ยอมรับ [ ] ไม่ยอมรับ

1. สัมพันธภาพในชุมชน

[ ] ยอมรับ [ ] ไม่ยอมรับ

1. พฤติกรรมความเสี่ยง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

[ ] ไม่พบพฤติกรรมเสี่ยง [ ] มีแนวโน้มใช้ยาเสพติดมากขึ้น [ ] ทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัว

[ ] ขาดเรียน/หยุดงาน [ ] ก่ออาชญากรรม จี้ปล้น ชิงทรัพย์ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น

[ ] อื่นๆ ระบุ......................................

1. สรุปรายงาน

[ ] ขึ้นทะเบียนคลินิกลดอันตราย (harm reduction clinic)

[ ] ส่งต่อ (refer) ระบุ ..................(ทำรายงานการติดตามฯต่อ)

(สมัครใจ/บังคับ : กรณีย้ายที่อยู่ใหม่/เปลี่ยนที่ทำงาน ต้องโทษ : กรณีย้ายเรือนจำ)

[ ] จำหน่าย (discharge)

(กรณี ย้ายสถานที่ติดตาม, ไม่เสพซ้ำ, เผลอเสพ, ติดตามไม่ได้,ถูกจับ, เสียชีวิต

ต้องโทษ : ราชทัณฑ์ ได้แก่ พ้นคุมประพฤติ, พ้นโทษ, เสียชีวิต

พินิจฯ ได้แก่ สิ้นสุดโปรแกรมฟื้นฟูและปล่อยตัว, สิ้นสุดโปรแกรมฟื้นฟูแต่ยังอยู่ในสถานที่ควบคุมตัว)

**รายงานการให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู**

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ - สกุล ........................................................... เพศ ......... สัญชาติ ................. ศาสนา ..........
2. เลขที่บัตรประชาชน ........................................... เลขพาสปอร์ต/เลขวีซ่า................................................(กรณีต่างชาติ)

วันเดือนปี เกิด .................................. อายุ ........... ปี

1. ที่อยู่ ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด ............................... ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ จังหวัด ...............................

ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)

เลขที่ ........... หมู่ ...... หมู่บ้าน /ชุมชน .............................. ถนน ................................

ตำบล ............................... อำเภอ ............................... จังหวัด ..............................

โทรศัพท์ติดต่อ .........................................................

1. สถานภาพสมรส .................. การศึกษา .............................. อาชีพ ............................... รายได้ ................ บาท/เดือน

อาศัยอยู่กับ............................(ในช่วง ๓๐ วันที่ผ่านมา) ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา........................................

1. ระบบการบำบัดรักษา .....................................
2. ยาเสพติดหลักที่ใช้ ......................................

ผลการคัดกรอง ........................................

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการให้ความช่วยเหลือ

ผลการรายงานเมื่อสิ้นสุดการติดตาม ครั้งที่..........................

1. ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ

[ ] ไม่ต้องการ เนื่องจาก

( ) มีงานทำ ( ) กำลังเรียน/ศึกษาต่อ

( ) อื่นๆ ............

[ ] ต้องการ

( ) การศึกษา ( ) ฝึกอาชีพ

( ) จัดหางานให้ทำ ( ) ให้ทุนประกอบอาชีพ

( ) ส่งต่อเข้ารับการรักษาสุขภาพ ( ) อื่นๆ ระบุ.............

1. ผลการให้ความช่วยเหลือ

[ ] ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้

[ ] สามารถให้ความช่วยเหลือ ประเภท

( ) การศึกษา ( ) ฝึกอาชีพ ( ) จัดหางานให้ทำ

( ) ให้ทุนประกอบอาชีพ ( ) ส่งต่อเข้ารับการรักษาสุขภาพ ( ) อื่นๆ ระบุ.............

1. กรณีไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ส่งต่อหน่วยงานระดับจังหวัด

[ ] สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมหรือมัธยม

[ ] สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ

[ ] ศูนย์พัฒนาสังคมจังหวัด

[ ] ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน กทม.

[ ] สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

[ ] สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด

[ ] ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด/เขต

[ ] สำนักงานจัดหางานจังหวัด/เขต

[ ] สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ

[ ] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

[ ] อื่นๆ ระบุ................

1. การให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานระดับจังหวัด

[ ] ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือ เนื่องจาก.................................

[ ] สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ประเภท

( ) การศึกษา ( ) ฝึกอาชีพ ( ) จัดหางานให้ทำ

( ) ให้ทุนประกอบอาชีพ ( ) ส่งต่อเข้ารับการรักษาสุขภาพ ( ) อื่นๆ ระบุ.............

--------------------------------------

แก้ไขข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘

ปรับเนื่องจาก คป. ขอแก้ไขในส่วนของ คป.

และปรับข้อมูลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยให้ครบถ้วนสมบูรณ์