

کارگاه کشوری نظارت بر مراکز درمان با داروی آگونیسست

فعالیت مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش
پزشکی و
سازمان بسیج جامعه پزشکی

کرج - مجموعه فرهنگی، آموزشی، رفاهی دشت بهشت
تابستان ۱۳۹۵

مقدمه:

مرکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست یک واحد دولتی یا غیردولتی است که جهت درمان اختلال مصرف مواد افیونی با استفاده از داروهای آگونیست اپیوئیدی نظیر متادون، بوپرنورفین و تنتور آپوم راه اندازی گردید. شایع ترین روش درمان ارایه شده در این مراکز درمان نگهدارنده با متادون به صورت سرپایی است. شواهد داخلی و بین المللی نشان می دهد درمان نگهدارنده با متادون به صورت مؤثری مصرف مواد، تزریق مواد و استفاده از وسایل تزریق مشترک را کاهش می دهد به طوری که این مداخله مؤثرترین مداخله در کاهش بروز/شیوع اچ آی وی در کسانی که مواد افیونی را تزریق می کنند محسوب می گردد. درمان نگهدارنده با متادون همچنین با کاهش قابل ملاحظه خطر مرگ ناشی از بیش مصرفی (اوردوز) مواد افیونی و جرم و جنایت همراه است. علاوه بر اثرات کاهش آسیب این درمان همچنین وضعیت شناختی، رفتاری و رفتاری فرد را تثبیت نموده و اثرات درمانی قابل ملاحظه ای برای تسهیل شرایط بازگشت فرد به سطوح طبیعی کارکردی در حوزه های خانوادگی و اجتماعی محسوب می گردد.

در سال های اخیر مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست عمدتاً در بخش غیردولتی توسعه سریع و نامتناسبی داشته است، به طوری که عملاً در برخی دانشگاه های علوم پزشکی کشور امکان نظارت مستمر و مؤثر بر عملکرد این مراکز پایین بوده است.

با توجه به دغدغه های خاص متولیان در خصوص ضرورت نظارت و اطمینان از عملکرد این مراکز در چارچوب ضوابط و حفظ کیفیت خدمات درمانی و با توجه به نقش سازمان بسیج جامعه پزشکی به عنوان یک نهاد مردمی و مورد اعتماد و در راستای استفاده بهینه از توان جهادی فوق العاده بسیجیان جامعه پزشکی در ایجاد هم افزایی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخصوص ارزیابی و رتبه بندی مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست و ارائه راهکارهای برخاسته از تجزیه و تحلیل اطلاعات متقن پروژه نظارت بر مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در چارچوب آیین نامه ها، دستورالعمل ها و پروتکل های مصوب وزارت بهداشت و دستورالعمل ملی ابلاغی در این خصوص از سوی سازمان بسیج جامعه پزشکی انجام خواهد شد.

فصل اول: کلیات

الف - هدف اصلی

برون سپاری نظارت از مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست در سطح کشور و ارایه گزارش تحلیلی نظارت

ب- اهداف کاربردی

ارتقای کیفیت خدمات درمان اعتیاد

کمک به شناسایی موارد تخلف شدید و برخورد قانونی متناسب

کاهش تخلفات مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست

بهبود و ارتقای فرایند بازدید، ارزیابی، نظارت و اعتباربخشی مراکز درمان در سطح ملی و استانی (دانشگاهی)
ارتقای رضایت مراجعان و خانواده‌های آنان

پ- تعاریف و اختصارات

کارفرما: معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد)

پیمان‌کار: سازمان بسیج جامعه پزشکی کشور.

وزارت‌خانه: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

سازمان: سازمان بسیج جامعه پزشکی کشور.

مراکز درمانی: مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست

برون سپاری: برون سپاری نظارت بر مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست.

دستورالعمل: دستورالعمل نظارت، ارزیابی و نحوه برخورد با تخلفات مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد موضوع ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها موضوع تبصره یک ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر.

فصل دوم: اجرا

تکالیف کارفرما:

۱. تشکیل کمیته کشوری و استانی سامان‌دهی مراکز درمانی

***تبصره:** ترکیب کمیته کشوری طرح شامل جناب آقای دکتر آقاجانی، جناب آقای دکتر حاجبی، جناب آقای دکتر نوروزی، جناب آقای دکتر رئیس زاده، جناب آقای دکتر عابدی و جناب آقای دکتر قائدامینی می باشد.

***تبصره:** جلسات کمیته کشوری به صورت سه ماه یکبار تشکیل خواهد شد و نسبت به ارزیابی پیشرفت طرح، بررسی تحلیل داده ها و ارائه راهکارهای موثر در پیشبرد طرح اقدام خواهد نمود.

***تبصره:** ترکیب کمیته استانی طرح شامل معاون محترم دانشگاه علوم پزشکی مربوطه و مسئول سازمان بسیج جامعه پزشکی استان مربوطه می‌باشد.

***تبصره:** کمیته استانی بصورت هر ماه یکبار تشکیل خواهد شد و نسبت به بررسی روند اجرای طرح در استان، ارزیابی پیشرفت طرح و ارسال گزارش به کمیته کشوری مطابق با جدول زمان‌بندی اقدام خواهد نمود.

۲. برون‌سپاری طرح

۳. تأمین اعتبار اجرایی طرح

۴. واگذاری اعتبار طرح به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی یزد و مشخص نمودن شیوه پرداخت از سوی دانشگاه به پیمان‌کار و نظارت بر توزیع اعتبار مذکور.

۵. هماهنگی‌های اجرایی در سطح ستاد وزارت‌خانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی

۶. حمایت‌های فنی و تخصصی لازم

۷. تأمین زیرساخت الکترونیک به منظور نگهداری، جمع‌آوری و گزارش بازدیدهای نظارتی

***تبصره:** تیم معاونت درمان دانشگاه دسترسی به داده‌های دانشگاه مربوطه خواهد داشت و لازم است که تیم معاونت درمان دانشگاه گزارش بازدید نظارتی را ظرف مدت حداکثر ۴۸ ساعت از زمان بازدید ملاحظه و دستور اقدام لازم را صادر نماید.

۸. تهیه و ابلاغ چک لیست‌های نظارتی مورد نظر طرح به پیمان‌کار

۹. تهیه و ابلاغ چک لیست‌های جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر طرح به پیمان‌کار

***تبصره:** دسترسی به گزارش نظارتی در هر دانشگاه در اختیار معاونت درمان دانشگاه بوده و دستور لازم در خصوص اقدامات لازم از طرف ایشان صادر می‌گردد. بدنه کارشناسی حوزه درمان در دانشگاه‌های علوم پزشکی در تعیین نحوه برخورد با مراکز درگیر نخواهد بود.

***تبصره:** تصمیم نظارتی متخذه باید حداکثر ظرف یک هفته از زمان بازدید به مرکز درمانی ابلاغ گردد.

۱۰. نظارت بر حسن اجرای طرح برون‌سپاری توسط پیمانکار

۱۱. معرفی ناظران دانشگاهی به پیمانکار

۱۲. ارسال دستورالعمل اجرائی طرح به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور.

۱۳. معرفی پیمان‌کار جهت عقد قرارداد به دانشگاه علوم پزشکی برای دریافت اعتبار طرح

تکالیف پیمان‌کار:

۱. برگزاری کارگاه‌های آموزشی دو روزه به منظور ظرفیت‌سازی در سطح تیم اجرایی و کارشناسان نظارتی محیطی در چارچوب آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های ابلاغی به فاصله یک هفته بعد از انعقاد قرارداد برای ۲۹۰ نفر از کارشناسان محیطی دانشگاه‌ها و بسیج جامعه پزشکی

۲. تهیه محتوای آموزشی کارگاه های ظرفیت سازی کارشناسان مورد تایید ستاد وزارت بهداشت

*تبصره: کارشناسان نظارتی در سطح دانشگاه های علوم پزشکی و استان ها (بسیج جامعه پزشکی) پس از گذراندن دوره آموزشی مربوطه (کارگاه دو روزه) که به صورت متمرکز توسط کمیته کشوری اجرا خواهد شد، با حکم نظارتی و صدور کارت شناسایی که توسط معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه/فائمه مقام محترم معاون درمان در حوزه سلامت روان وزارتخانه صادر خواهد شد، فعالیت نظارتی خود را آغاز می نماید.

۳. پیگیری و هماهنگی های اجرایی در سطح ستاد وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی

۴. تأمین ابزارک های لازم برای ثبت الکترونیک گزارش بازدید نظارتی و ارسال آن به سرور وزارت بهداشت براساس جدول پیش بینی شده مورد توافق در طرح.

۵. اجرای ۱۴۰۰۰ بازدید نظارتی به تعداد و تواتر مورد توافق در چارچوب قرارداد، آیین نامه ها، دستورالعمل ها و پروتکل های ابلاغی.

* تبصره: حدود ۷۰۰۰ بازدید در مرحله اول انجام می شود، یعنی کلیه مراکز یکبار بازدید می شوند و سپس بر اساس نتایج حاصل از بازدید اولیه، مراکز مورد هدف در بازدید های بعدی مشخص می گردد. اولویت و گروه هدف در بازدید های بعدی مراکزی هستند که در بازدید اولیه در محدوده قرمز یا زرد بوده اند و این اولویت ها توسط وزارت بهداشت مشخص می گردد.

*تبصره: گزارش بازدید های نظارتی تکمیل شده شامل فهرست یادآور (چک لیست) نظارتی تکمیل شده باید در ابزارک های الکترونیک همراه کارشناسان نظارتی (تبلت) به صورت برخط (online) ثبت شود. در مواردی که امکان ثبت برخط داده ها وجود ندارد، کارشناس نظارت موظف است که داده ها را بر روی فرم کاغذی ثبت نمود و حداکثر ظرف ۲۴ ساعت برای سرور وزارت بهداشت ارسال گردد.

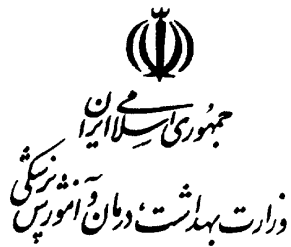
* تبصره: در صورتیکه در ارزیابی صحت اطلاعات حاصل از چک لیست ها مشخص گردد که داده های ارسالی توسط کارشناس مربوطه بیش از ۵٪ روایی لازم را ندارد، به ازاء هر درصد افزایش در عدم صحت داده ها، ۵٪ از میزان دریافت کارشناس مربوطه کسر خواهد شد.

۶. پیمانکار موظف است که در سطح استان گزارش عملکرد ماهیانه را به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه تحویل نماید و در سطح کشور گزارش عملکرد ماهیانه را به ستاد وزارت بهداشت (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد) ارائه نماید.

۷. پیمانکار (مسئول استانی بسیج) موظف است روزانه گزارش های نظارتی انجام شده توسط تیم های نظارتی را مشاهده و بررسی نماید و موارد بحرانی مشخص شده در فهرست یادآور نظارت را که در جدول جداگانه ای قابل رویت است، همچنین مواردی که چراغ قرمز گرفته اند، حداکثر ظرف مدت ۴۸ ساعت به معاونت درمان دانشگاه گزارش نماید و سایر موارد (سبز و زرد) نیز به صورت هفتگی به معاونت درمان گزارش گردد.

۸. نظارت میدانی و عالی بر فعالیت ناظران و حسن اجرای برنامه در سطح دانشگاه های علوم پزشکی.

۹. ارائه گزارش تحلیلی به کارفرما در سطح وزارتخانه و دانشگاه علوم پزشکی طرح در بازه زمانی سه ماه یک بار.



معاونت درمان

دستورالعمل ورود و تکمیل اطلاعات در سامانه ثبت داده‌های نظارت بر مراکز درمان
وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

تابستان ۱۳۹۵

عنوان فارسی

دستورالعمل ورود و تکمیل اطلاعات در سامانه ثبت داده‌های نظارت بر مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیسست

گروه مخاطب

مسئولین، کارشناسان و ناظران دانشگاهی و کشوری طرح نظارت بر مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیسست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ

بهار ۱۳۹۵

تماس

تهران، شهرک غرب، بلوار ایوانک، ساختمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برج آ، ط ۱۰، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

شرح سند

در این سند نحوه ورود و تکمیل اطلاعات در سامانه نظارت بر مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیسست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص شده است. دستورالعمل این سند توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، وزارت متبوع تدوین شده است. کلیه حقوق سند حاضر متعلق به وزارت بهداشت بوده و انتشار تمام یا بخشی از محتوای آن بدون کسب مجوز قانونی از وزارت بهداشت ممنوع است.

مقدمه

در اجرای تبصره ۲ ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی تعیین مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها موضوع تبصره یک ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، دستورالعمل نظارت، ارزیابی و نحوه برخورد با تخلفات مراکز مزبور که توسط کمیته نظارت کشوری و کمیته درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر تهیه و به تایید رسیده است. در این راستا فهرست یارآور (چک‌لیست) نظارت متشکل از مجموعه ضوابط و استانداردهای مندرج در آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، بخشنامه‌ها و پروتکل‌های ابلاغ شده به مرکز درمانی بوده که به صورت اختصاصی برای ارزیابی و نظارت هر یک از مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب از جمله مرکز/واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست تدوین شده است.

هدف

هدف از تدوین این چک‌لیست ایجاد هماهنگی در پایش و اعتباربخشی مراکز در سطح ملی و دانشگاهی به منظور ارتقای کیفیت و اثربخشی درمان و مراقبت مراکز با هدف نهایی افزایش ماندگاری و خوداتکایی مددجویان، ارتقای رضایت و رعایت حقوق مددجویان است. لذا در راستای تحقق اهداف مذکور، طرح "نظارت بر مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارایه گزارشی تحلیلی آن" تدوین شده است. این طرح در قالب تشکیل دبیرخانه اجرایی طرح، شناسایی اعضای تیم‌های بازدیدکننده مراکز، برگزاری کارگاه‌های آموزشی و انجام ارزیابی‌های پیش‌آزمون و پس-آزمون (مبتنی بر مباحث آموزش داده شده در کارگاه نظارت)، انجام بازدیدها به صورت دوره‌ای و حداکثر ۳ مورد در هر روز توسط تیم بازدیدکننده نظارت بر فرایند اجرایی طرح به صورت کشوری و دانشگاهی و در نهایت ارائه گزارش‌های تحلیلی مرحله‌ای به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام خواهد پذیرفت.

تعاریف

- **مرکز/مراکز:** مرکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد
- **دانشگاه:** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی
- **سامانه:** سامانه ثبت داده‌های نظارت بر مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست
- **پروتکل:** پروتکل درمان با داروهای آگونیست (ویرایش سوم)

نحوه ورود اطلاعات در سامانه

در راستای اجرای این طرح دستورالعمل حاضر جهت تکمیل فهرست یادآور (چک لیست) تدوین شده است.

در ابتدا با ورود آدرس <http://assessmnt.health.gov.ir/default.aspx> در مرورگر خود و فشردن کلید enter و وارد کردن نام کاربری و کلمه عبور خود، صفحه ذیل را مشاهده می‌نمایید:

سپس با انتخاب "مورد جدید" صفحه بعدی را مشاهده می‌نمایید:



فهرست یادآور نظارت
مرکز / واحد درمان وابستگی به مواد مخدر یا داروهای آگونست

کاربر:

مشخصات مرکز

شهرستان:	داشگاه:
نام بازیدکنندگان:	نام مرکز:
تاریخ بازدید:	نام مؤسس/مؤسسه:
آدرس:	نام مسئول فنی:
شماره تلفن:	مرجع صدور مجوز:
	تعداد-پایش:

درون داده ها

مجوزهای قانونی و بخشنامه ها

انتخاب...	1- ابعاد تابلوها:
انتخاب...	2- متن تابلو:
انتخاب...	3- سر نسخه:
انتخاب...	4- پروانه بهره برداری اعتبار دارد:
انتخاب...	5- پروانه مسئولیت فنی اعتبار دارد:
انتخاب...	6- 11- تابلوی معرفی پرسنل نصب است:
انتخاب...	7- 2- تعداد تابلوها:
انتخاب...	8- 4- مهر مرکز:
انتخاب...	9- 6- اصل پروانه بهره برداری مرکز در معرض دید:
انتخاب...	10- 8- اصل پروانه مسئولیت فنی در معرض دید:
انتخاب...	11- 10- تابلوی راهنمای پذیرش و مراحل درمان:
انتخاب...	12- 12- تعرفه قانون یارانه خدمات:

در قسمت نام کاربری، نام کاربری و نام دانشگاه شما ظاهر می‌گردد و در ادامه با انتخاب نام مرکز از میان لیست مراکز موجود، دیگر مشخصات مراکز به صورت خودکار ظاهر می‌گردد.

پس از مشاهده مشخصات مرکز، فهرست یادآور نظارت تکمیل می‌گردد. فهرست مذکور متشکل از ۱۰۵ آیتم در سه بخش درون-داده‌ها، فرآیند و برون‌داده‌ها طراحی شده است که به شرح ذیل توضیح داده می‌شود.

به طور کلی در ارزیابی هر یک از ۱۰۵ آیتم، در صورتی که مراکز دارای شاخص/استاندارد باشند، نمره یک و در صورت نداشتن شاخص/استاندارد مورد نظر نمره صفر می‌گیرد که از فیلد نمرات در مقابل هر آیتم گزینه صفر یا یک را انتخاب می‌کنید، در نتیجه نمره حداکثر برای هر مرکز ۱۰۵ و نمره حداقل صفر خواهد بود.

هر آیتم به صورت خلاصه و با چند کلمه کلیدی در سامانه ثبت شده است لذا برای دسترسی به توضیح کامل آیتم‌ها به صورت آنلاین، می‌توانید به فهرست یادآور نظارت که به صورت فایل PDF در صفحه اصلی سامانه بارگذاری شده است، مراجعه فرمایید.

مشخصات مرکز: در این فیلد نام مرکز/واحد درمان وابستگی به مواد مخدر مورد نظر انتخاب می‌شود. با انتخاب نام مرکز نام موسس/موسسین، نام مسئول فنی، مرجع صدور مجوز، نشانی و شماره تماس مرکز مشخص می‌گردد.

در ادامه به توصیف کامل هر یک از ۱۰۵ آیتم می‌پردازیم:

۱. ابعاد تابلو مطابق قوانین سازمان نظام پزشکی می‌باشد: از آنجایی که مرکز/واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست جزء موسسات پزشکی و پیراپزشکی محسوب می‌شود، مطابق با موضوع بند ج ماده ۳ از فصل دوم قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی اندازه تابلو موسسه، متناسب با ابعاد سردر ساختمان می‌باشد و موسسه می‌تواند تابلو با ابعاد ۷۰*۱۰۰ سانتی‌متر داشته باشد. طرح کلی تابلوها باید مطابق الگوی استاندارد ارایه شده در کمیسیون ماده ۲۵ این آیین نامه باشد (مراکز موظف هستند منحصراً از عنوان مصوب و مکتوب در پروانه بهره‌برداری در تابلوها استفاده نمایند و انتخاب عناوین دیگر ممنوع است. نصب تابلو خارج از ساختمان برای معرفی کادر درمانی شاغل در موسسه بر اساس ضوابط آیین‌نامه سازمان نظام پزشکی بلا مانع است.

• تعداد تابلوها مطابق قوانین سازمان نظام پزشکی می‌باشد: به ازای هر ضلع دیوار مشرف به خیابان مجاز به داشتن دو تابلوی متصل به ملک (مماس یا عمود به نمای ساختمان) می‌باشد.

• متن تابلوها مطابق قوانین سازمان نظام پزشکی می‌باشد

درج موارد زیر در تابلوی موسسات الزامی است

○ نام و عنوان موسسه مطابق پروانه تاسیس

○ شماره پروانه تاسیس موسسه و تاریخ تاسیس

درج موارد زیر در تابلوی موسسه اختیاری است:

○ نام و نشانه نهادی که موسسه به آن تعلق و وابستگی دارد.

○ خدمات و بخش‌های تخصصی

○ نشانه موسسه (در صورتی که نشانه ثبت رسمی شده باشد)

○ نام موسس در صورتی که عضو سازمان نظام پزشکی باشد.

(مسئولیت صدور مجوز تابلوها برعهده سازمان نظام پزشکی محل محول شده است).

۲. مهر مرکز مطابق قوانین سازمان نظام پزشکی می‌باشد:

مهر شامل موارد زیر است:

○ نام و نام خانوادگی (همراه با پیشوند دکتر در موارد دارای مدرک دکترا) (الزامی)

○ شماره عضویت نظام پزشکی (الزامی)

○ حداقل یکی از عناوین مندرج در پروانه طبابت یا گواهینامه یا دانشنامه (به زبان انگلیسی یا فارسی) (الزامی) (

ذکر عناوین مرتبط با درمان اعتیاد)

○ عناوین علمی دانشگاهی شخص مسئول فنی دارای آن است (اختیاری)

○ نام موسسه‌ای که فرد دارنده مهر در آن شاغل است (اختیاری)

۳. سرنسخه مرکز مطابق قوانین سازمان نظام پزشکی می‌باشد:

اندازه سرنسخه حداقل ۱۵*۱۰ سانتی‌متر و حداکثر A۴ (۳۰*۲۰) می‌باشد.

افراد شاغل در یک موسسه می‌توانند از سرنسخه آن موسسه با مهر و امضای خود استفاده کنند.

محتوای سرنسخه (بصورت چاپی یا دست‌نویس) منحصرًا شامل موارد زیر است:

- نام و عنوان موسسه مطابق پروانه تاسیس (الزامی)
 - شماره پروانه و تاریخ تاسیس (الزامی)
 - نام و نشانه نهادی که موسسه به آن تعلق و وابستگی دارد (برحسب مورد) (الزامی)
 - خدمات و بخش‌های تخصصی (مطابق پروانه تاسیس) (الزامی)
 - نشانه موسسه (در صورتی که نشانه ثبت رسمی شده باشد) (اختیاری)
 - تلفن و نشانی (الزامی)
 - دورنگار و ایمیل و پایگاه اینترنتی (وب) (اختیاری)
 - مندرجات فوق به زبان انگلیسی (اختیاری)
۴. پروانه بهره‌برداری مرکز در معرض دید نصب است: مجوز/پروانه بهره‌برداری، مجوزی است که برای شروع فعالیت هر مرکز مجاز درمان و کاهش آسیب صادر می‌گردد و باید در معرض دید مراجعین نصب باشد. مؤسس موظف است اصل یا تصویر پروانه‌های قانونی را به نحوی نصب نماید که برای تمام مراجعین قابل رویت باشد.
- پروانه بهره‌برداری اعتبار دارد: پروانه بهره‌برداری با توجه به تاریخ ذکر شده در پروانه اعتبار دارد.
 - اصل یا تصویر پروانه مسئولیت فنی در معرض دید مراجعین نصب شده است: صدور مجوز مسئولیت فنی با دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی خواهد بود
 - پروانه مسئولیت فنی اعتبار دارد: با توجه به تاریخ ذکر شده در پروانه اعتبار دارد. برای بار دوم به بعد به پروانه بهره‌برداری وابسته است، اگر پروانه بهره‌برداری اعتبار نداشته باشد، پروانه مسئول فنی نیز بدون اعتبار خواهد بود. مسئول فنی، پزشکی است که صلاحیت‌های لازم برای مسئولیت فنی در مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب را بر اساس پروتکل‌های ابلاغی داشته باشد.
 - مجوز آگونیزت: این مجوز که در خصوص اعطای اعتبار یکساله در خصوص داروی آگونیزت برای درمان مواد افیونی است، باید در معرض دید نصب شده باشد.
۵. تابلوی راهنمای پذیرش و مراحل درمان نصب است: فهرست اقدامات ارزیابی، درمانی و بازتوانی مجاز در مراکز در معرض دید مراجعین نصب است.
۶. تابلوی معرفی پرسنل نصب است: پرسنل درمانی مرکز / واحد درمان با داروهای آگونیزت (به ازاء هر نوبت کاری و تا سقف پذیرش ۱۰۰ نفر) باید حداقل شامل افراد زیر باشد. روانپزشک یا پزشک دوره دیده حداقل یک نفر. روانشناس / مشاور (واجد مدرک کارشناسی یا بالاتر) دوره دیده حداقل یک نفر. پرستار/بهبیار /ماما / کاردان هوشبری/ تکنسین اطاق عمل و فوریت‌های پزشکی حداقل یک نفر/ مددکار اجتماعی حداقل یک نفر
- اسامی این افراد باید سردر اتاق یا میزکار در محل مناسب دید مراجعه‌کنندگان نصب گردد.
۷. تعرفه قانونی ارائه خدمات رعایت می‌شود: تعرفه قانونی سالانه توسط وزارت بهداشت به دانشگاه‌ها ابلاغ می‌گردد. در حال حاضر تعرفه مراکز ۱۲۸ خصوصی هزار تومان و دولتی ۸۳۵۰۰ تومان بصورت ماهانه است. برای بررسی صحت تعرفه دریافتی، از ۵ نفر مراجعه‌کننده به آن مرکز سوال صورت گیرد. چنانچه حتی یک نفر از پنج نفر مورد پرسش، معایر با تعرفه تعریف شده، هزینه پرداخت کند، نمره حاضر از آن کلینیک سلب می‌گردد.
- تعرفه باید در معرض دید مراجعین نصب شده باشد.
۸. تابلو ساعات فعالیت مرکز در معرض دید نصب است.

۹. فعالیت مرکز در تمام روزهای هفته به جز جمعه و تعطیلات رسمی حداقل چهار ساعت در یک نوبت است. برای بررسی ساعت کاری آن کلینیک، از ۵ نفر مراجع و ۳ همسایه آن مرکز، سوال شود. چنانچه یک نفر از افراد مورد پرسش، مغایر با ساعت اعلام شده کلینیک اظهار داشت، نمره حاضر از آن کلینیک سلب می‌گردد.
۱۰. سوابق بیماران مطابق دستورالعمل در مرکز نگهداری می‌گردد: نگهداری سوابق و پرونده‌های پزشکی مراجعین به صورت دستی یا رایانه‌ای، حداقل به مدت پانزده سال در تمام مراکز الزامی است اطلاعات مرتبط با مراجعین، محرمانه بوده و انعکاس آن به مراجع استعلام کننده بر اساس ضوابطی که کمیته نظارت کشوری تعیین می‌نماید امکانپذیر خواهد بود.
- تبصره: مسئولیت قانونی این امر به عهده مؤسس و مسئول (مدیر) مرکز می‌باشد.
۱۱. فرم های پرونده، مطابق با پروتکل (ویرایش سوم) است: پیوست شماره ۶ پروتکل، استانداردهای فرم‌های پرونده را ارائه می‌دهد. جهت بررسی این مورد، پنج پرونده مورد بررسی قرار گیرد و چنانچه یک مورد از آنان مغایر با شکل معمول پرونده بود، این نمره از آن کلینیک سلب خواهد شد.
۱۲. دفاتر مورد نیاز، موجود و مطابق ضوابط ابلاغی است؛ دفتر دارویی و دفتر پذیرش لازم است.
۱۳. مساحت اتاق پزشک حداقل ۸ متر مربع است
۱۴. وضعیت کلی بهداشت اتاق پزشک مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): سطوح کف، دیوارها و سقف باید کاملاً صاف و غیر متخلخل باشد تا به راحتی تمیز شده و محلی برای رشد میکرو ارگانیسم های بیماری‌زا ایجاد نکند. نصب دستشویی با صابون مایع و شرایط بهداشتی لازم است.
- وضعیت کلی روشنایی اتاق پزشک مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): میزان حداقل مجاز روشنایی ۳۰۰ لوکس و مقدار مطلوب ۵۰۰ لوکس می‌باشد. بطور کلی روشنایی اتاق در حد مطلوبی باشد.
- وضعیت کلی تهویه اتاق پزشک مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): میزان تهویه هوا در مطب باید ۶ تعویض هوا در ساعت باشد، در صورت استفاده از سیستم تهویه مطبوع، حداقل میزان تهویه هوا به ۴ تعویض هوا در ساعت کاهش می‌یابد. بطور کلی تهویه هوای اتاق در حد مطلوبی باشد.
۱۵. اتاق روان‌شناس و پزشک با دیوار جدا شده است؛ بدین معنا که هریک از اتاق‌های روان‌شناس و پزشک دارای ۴ دیوار بوده و فضای اختصاصی برای آنان فراهم آورده باشد.
۱۶. مساحت اتاق روانشناس/مشاور حداقل ۸ مترمربع است.
۱۷. وضعیت کلی بهداشت اتاق روانشناس/مشاور مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): سطوح کف، دیوارها و سقف باید کاملاً صاف و غیر متخلخل باشد تا به راحتی تمیز شده و محلی برای رشد میکرو ارگانیسم های بیماری‌زا ایجاد نکند. بطور کلی وضعیت بهداشت اتاق در حد مطلوبی باشد.
- وضعیت کلی روشنایی اتاق روانشناس/مشاور مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): میزان حداقل مجاز روشنایی ۳۰۰ لوکس و مقدار مطلوب ۵۰۰ لوکس می‌باشد. بطور کلی روشنایی اتاق در حد مطلوبی باشد.
- وضعیت کلی تهویه اتاق روانشناس/مشاور مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): میزان تهویه هوا در مطب باید ۶ تعویض هوا در ساعت باشد، در صورت استفاده از سیستم تهویه مطبوع، حداقل میزان تهویه هوا به ۴ تعویض هوا در ساعت کاهش می‌یابد. بطور کلی تهویه هوای اتاق در حد مطلوبی باشد.
۱۸. مساحت اتاق توزیع دارو، مراقبت‌های پرستاری و احیاء حداقل ۸ مترمربع است
۱۹. وضعیت بهداشت اتاق توزیع دارو، مراقبت‌های پرستاری و احیاء مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): سطوح کف، دیوارها و سقف باید کاملاً صاف و غیر متخلخل باشد تا به راحتی تمیز شده و محلی برای رشد میکرو ارگانیسم های بیماری‌زا ایجاد نکند. دیوار تا زیر سقف سنگ یا کاشی گردد.

- وضعیت کلی روشنایی اتاق توزیع دارو، مراقبت‌های پرستاری و احیاء مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): میزان حداقل مجاز روشنایی ۳۰۰ لوکس و مقدار مطلوب ۵۰۰ لوکس می باشد. بطور کلی روشنایی اتاق در حد مطلوبی باشد.
- وضعیت کلی تهویه اتاق توزیع دارو، مراقبت‌های پرستاری و احیاء مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): میزان تهویه هوا در مطب باید ۶ تعویض هوا در ساعت باشد، در صورت استفاده از سیستم تهویه مطبوع، حداقل میزان تهویه هوا به ۴ تعویض هوا در ساعت کاهش می یابد. بطور کلی وضعیت تهویه هوای اتاق در حد مطلوبی باشد.
- ۲۰. مساحت اتاق انتظار با قابلیت استفاده جهت گروه درمانی در ساعات خاص حداقل ۱۶ متر مربع است.
- ۲۱. وضعیت بهداشت اتاق انتظار مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): سطوح کف، دیوارها و سقف باید کاملاً صاف و غیر متخلخل باشد تا به راحتی تمیز شده و محلی برای رشد میکرو ارگانیسم های بیماری زا ایجاد نکند. بطور کلی وضعیت بهداشت اتاق در حد مطلوبی باشد.
- وضعیت کلی روشنایی اتاق انتظار مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): میزان حداقل مجاز روشنایی ۳۰۰ لوکس و مقدار مطلوب ۵۰۰ لوکس می باشد. بطور کلی روشنایی اتاق در حد مطلوبی باشد.
- وضعیت کلی تهویه اتاق انتظار مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): میزان تهویه هوا در مطب باید ۶ تعویض هوا در ساعت باشد، در صورت استفاده از سیستم تهویه مطبوع، حداقل میزان تهویه هوا به ۴ تعویض هوا در ساعت کاهش می یابد. بطور کلی وضعیت تهویه هوای اتاق در حد مطلوبی باشد.
- ۲۲. سرویس بهداشتی مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت): هر مطب باید ترجیحاً دارای دو دستگاه سرویس بهداشتی جداگانه مردانه و زنانه باشد (وجود یک دستگاه سرویس بهداشتی، قابل قبول است). کاسه سنگ توالت و دستشویی ها باید از جنس سرامیک یا چینی سالم و بدون شکستگی یا ترک خوردگی بوده و مجهز به سیفون باشند. کفپوش توالت و دستشویی باید سالم، صاف، بدون درز و شکاف و از جنس قابل شستشو باشد و دیوارها تا سقف با کاشی، سرامیک یا سنگ پوشیده شده باشد. در دستشویی باید صابون مایع و دستمال کاغذی موجود باشد. محیط سرویس بهداشتی باید بطور مرتب پاکسازی و گندزدایی شود.
- ۲۳. فضای مناسب و ایمن جهت نگهداری داروهای آگونیست وجود دارد. بدین معنا که در مرکز، فضای اختصاصی در کلینیک، جهت نگهداری دارو اختصاص داده شده، و از نظر امنیتی از فضای اختصاص داده شده، محافظت بعمل آید. این حفاظت می تواند بصورت گاوصندوق بوده، و با بصورت نصب قفل کتابی، در سردر ورودی اتاق تعریف گردد.
- ۲۴. لیوان یک بار مصرف برای تهیه ترکیبات محلول در مرکز موجود است.
- ۲۵. ظروف تیره رنگ با برچسب هشدار و دارای درب قفل کودک برای بردن دارو به منزل در مرکز موجود است.
- ۲۶. ابزار مورد نیاز برای تنظیم دوز دارو یا دیسپنسر در مرکز موجود است.
- ۲۷. کیت آزمایش سریع مورفین و مت‌آمفتامین یا کیت چند منظوره دارای تاریخ اعتبار در مرکز موجود است (بر اساس نمونه ارائه شده در کارگاه آموزشی).
- ۲۸. وسایل اولیه احیا در مرکز موجود است. (پیوست ۱)
- ۲۹. داروهای مورد نیاز در ترالی اورژانس موجود است. (پیوست ۱)
- ۳۰. داروها تاریخ اعتبار دارند.
- ۳۱. تخت مناسب احیا تا حدودی باید سفت بوده، آماده استفاده در فاصله مناسب از دیوارهای اطراف قرار دارد؛ توجه داشته باشید فضا بقدری باشد تا عملیات احیا ممکن بوده و تیم احیا کننده توانایی ایستادن در اطراف تخت را داشته باشند.

۳۲. وسایل معاینه بیمار در اتاق پزشک موجود است. این وسایل عبارتند از: فشار سنج، تب سنج، چراغ قوه، گوشی معاینه (پیوست ۱).
۳۳. کپسول اطفاء حریق سالم با تاریخ اعتبار / سیستم مناسب کنترل آتش سوزی موجود است.
۳۴. سیستم گرمایش و سرمایش مناسب است: دمای محیط ۲۴-۲۰ درجه سانتی‌گراد است.
۳۵. دستگاه آب سردکن موجود است.
۳۶. حداقل یک پزشک دوره دیده (مسئول فنی) در مرکز حضور دارد (مشاهده کارت شناسایی و مطابقت دادن با آن با پروانه).
۳۷. حداقل یک روانشناس در مرکز حضور دارد (مشاهده کارت شناسایی).
۳۸. حداقل یک مددکار در مرکز حضور دارد (مشاهده کارت شناسایی).
۳۹. حداقل یک پرستار / ماما / بهیار / کاردان / هوشبری / تکنسین اتاق عمل / تکنسین فوریتهای پزشکی در مرکز حضور دارد.
۴۰. عدم پذیرش بیماران غیرمرتبط با درمان اختلالات مصرف مواد : عدم وجود تبلیغات درمان بیماران غیرمرتبط با اختلالات مصرف مواد در مرکز، عدم وجود وسایل پانسمان و تزریقات مبنی بر انجام امور غیرمرتبط، پرسش از بیماران در خصوص علت مراجعه و نوع خدمات دریافتی. استفاده از فضاهای فیزیکی مراکز برای ارائه خدمات غیرمرتبط با درمان وابستگی به مواد نظیر، ویزیت افراد غیرمرتبط با فعالیت مرکز، خدمات پزشکی عمومی برای افرادی که تحت پوشش خدمات مرکز نیستند، خدمات بینایی سنجی، مامایی و غیره مجاز نیست. از ۳-۵ بیمار حاضر در کلینیک، دلیل حضور آنان مورد پرسش قرار گیرد و چنانچه یک نفر از آنان، دلیل مراجعه خود را چیزی جز موارد مرتبط با فعالیت مرکز مطرح کرد، نمره آیتم حاضر از آن کلینیک سلب خواهد شد.
۴۱. فرآیند پذیرش بیماران : مشاهده نحوه برخورد و اطلاع رسانی و آموزش مراجعان در خصوص مداخلات درمانی . چنانچه بیمار جدیدی برای پذیرش در کلینیک حاضر بود، نحوه پذیرش وی مورد بررسی قرار گیرد. در غیر اینصورت، یکی از بازدیدکنندگان نقش بیمار را بعهده گرفته و مرکز پذیرش بیمار را با ایفای نقش نشان می‌دهد (توجه به استانداردهای پذیرش بیمار).
۴۲. بار مراجعه: مشاهده بار مراجعه مرکز در طول دوره زمانی بازدید، بررسی تناسب بار مراجعه از نظر ویزیت پزشک و دریافت داروی آگونیست با پرونده‌های فعال داروهای آگونیست. بعنوان مثال اگر مرکزی ۱۰۰ پرونده فعال دارد، بعنوان مثال، ۷۰ پرونده دوز منزل دریافت می‌کنند، هریک از این ۷۰ نفر هفته ای یکبار حداقل باید مراجعه کنند. پس بصورت تقریبی، حداقل روزی ۱۰ نفر برای دوز منزل و ۳۰ نفر برای دوز غیرمنزل مراجعت می‌کنند. بنابراین در ۲ ساعت حضور، حدود ۲۰ نفر یا بطور متوسط حداقل ۱۰-۱۵ نفر باید مراجعه کننده داشته باشد.
۴۳. ویزیت پزشک: پرسش از بیماران حاضر در مرکز در مورد:
- (۱) علت مراجعه آنان،
 - (۲) زمان اولین مراجعه،
 - (۳) فواصل مراجعه (بر اساس جدول ۱-۴ حداقل دفعات ویزیت بیمار توسط پزشک معالج در جریان درمان نگهدارنده، صفحه ۵۶ از پروتکل)،
 - (۴) میزان دارو دریافتی آنان (مطابق با توضیحات فصل پنج پروتکل و پیوست ۸ و ۹، به طور خلاصه این میزان برای بار اول حداکثر جمعا ۵۰ میلی‌گرم طی سه دوز (۱۰+۱۰+۳۰) و با فواصل حداقل دو ساعت بین دوزها و در روز دوم به بعد تکرار دوز روز قبل یا ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم بیشتر) و
 - (۵) نحوه داروی تحویلی،

۶) معاینات انجام شده در هر ویزیت (برای این منظور به پیوست شماره ۶ فرم شماره ۳، ارزیابی دوره‌ای مراجعه کنید) و

۷) مشاهده وسایل انجام معاینه در اتاق پزشک.

۸) بررسی آگاهی پزشک از مفاد آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های ابلاغی.

- علت مراجعه بیماران: بیماران به دلایل مختلفی ممکن است برای درمان مراجعه نمایند. برخی از مراجعان به دلیل شدت اعتیاد یا عوارض ناشی از آن تصمیم به تغییر رفتار گرفته و به صورت خودمعرف برای درمان مراجعه می نمایند. برخی دیگر، ممکن است در اثر فشار خانواده یا اطرافیان مراجعه کرده باشند. برخی از سایر مراکز درمانی داخل اجتماع یا زندان ارجاع میشوند و در نهایت، در مواردی مراجعه درمانی متعاقب ارجاع از مراجع قذانونی اسدت. ارزیابی علت مراجعه به درک بهتر اهداف درمانی کوتاه مدت از دیدگاه مراجعه کننده کمک میکند. لازم است درمانگران ویژگی‌های درمان با متادون را برای بیماران توضیح داده و او را از چگونگی و فرایند تجویز دارو مطلع سازند.
- دوز منزل ارائه شده، مگر در موارد خاص، نباید از ۶ دوز معادل ۶ روز تجاوز نماید. دوزهای ارائه شده باید به صورت مجزا بسته‌بندی یا در ظروف و بطری‌های جداگانه عرضه شوند. به عنوان مثال اگر بیمار ۳ دوز منزل دریافت میدارد باید در ۳ پاکت یا شیشه جدا ریخته شوند. ارایه دوز منزل شربت در ظروف یک بار مصرف و ایمن در برابر کودکان الزامیست. مشخصات بیمار و دوز مصرفی به همراه علامت خطر باید بر روی ظروف عرضه دوز منزل درج شود.
- آیتم حاضر را از ۳- ۵- بیمار مورد پرسش قرار داده و چنانچه یک نفر از افراد مورد پرسش، مغایر با تعاریف اعلام شده مورد ویزیت پزشک قرار گرفته باشد، نمره این آیتم به آن کلینیک تعلق نخواهد گرفت.
- ۴۴. مداخلات روانشناسی: از بیماران حاضر در کلینیک در خصوص فواصل زمانی میان مشاوره‌های دریافتی آنان با روان‌شناس در کلینیک سوال شود (ارائه مداخلات روانی، اجتماعی به صورت یک جلسه در هفته در شروع درمان (شش ماه اول)).
- همچنین آخرین تاریخ مشاوره فردی و گروهی دریافتی، جهت ارزیابی هرچه بهتر، مورد بررسی قرار گیرد. لازم به ذکر است که زمان اختصاص داده شده به هر مشاوره (۳۰ دقیقه) است.
- بررسی آگاهی روانشناس حاضر در کلینیک از مفاد پروتکل‌های درمانی اعتیاد
- آیتم حاضر را از ۳- ۵- بیمار مورد پرسش قرار داده و چنانچه یک نفر از افراد مورد پرسش، مغایر با تعاریف اعلام شده مورد مداخلات روانشناسی قرار گرفته باشد، نمره این آیتم به آن کلینیک تعلق نخواهد گرفت.
- ۴۵. مداخلات مددکاری: یک مددکار اجتماعی سعی می کند که در یک سیستم درمانی از توانایی‌های خود و دیگر همکارانش و امکانات موجود در جهت حل مشکل ما استفاده نماید.
- توجه شود که حضور مددکار برای کلینیک‌هایی که ظرفیت پذیرش مراجعین آنان به ۱۰۰ نفر رسیده است، ضروری است.
- پرسش از بیماران در خصوص فواصل انجام مشاوره و پیگیری و تاریخ آخرین مشاوره و پیگیری.
- شما در این مرکز در ابتدای ورود با یک مددکار اجتماعی ملاقات می کنید و سپس با انجام مشاوره ی اولیه و بررسی مشکل و وضعیت شما توسط وی راهنمایی‌های لازم به شما صورت می گیرد و در صورت نیاز؛ شما به

بخش های دیگر ارجاع داده خواهید شد و در طول دوره ی درمان نیز به همین صورت ویزیت های مددکار اجتماعی ادامه خواهد یافت.

- خدمات مددکاری را برای فواصل ۱ ماهه، از ۳-۵ بیمار مورد پرسش قرار دهید.
- آیتم حاضر را از ۳-۵ بیمار مورد پرسش قرار داده و چنانچه یک نفر از افراد مورد پرسش، مغایر با تعاریف اعلام شده مورد مداخلات مددکاری قرار گرفته باشد، نمره این آیتم به آن کلینیک تعلق نخواهد گرفت.

۴۶. عرضه (توزیع) دارو به بیمار توسط پرستار : پرسش از بیماران در خصوص میزان و نحوه داروهای تحویلی مطابق با آیتم ۶۸ جهت مصرف در مرکز و دوز منزل، آخرین مراجعه و مقدار داروی مصرف شده در مرکز، شخص تحویل دهنده دارو به بیمار، بررسی تحویل دارو صرفاً به خود بیمار، مشاهده دستور پزشک جهت تحویل دارو و امضای بیماران، مشاهده فرم پرستار و دفتر داروی مخدر، مشاهده مصرف دارو توسط بیمار در حضور پرستار، مشاهده نحوه تحویل دارو با ظروف جداگانه به بیمار برای هر روز جهت دوز منزل.

- چنانچه از ۳-۵ بیماری که این سوال مورد پرسش قرار می گیرد، یک نفر مغایر با تعاریف اعلام شده اظهار کند، به این آیتم نمره صفر تعلق می گیرد.

۴۷. نحوه تحویل دوز منزل : تحویل دوز منزل در ظروف استاندارد و آموزش در خصوص پیشگیری از مسمومیت اتفاقی در کودکان: دوزهای ارائه شده باید به صورت مجزا بسته بندی یا در ظروف و بطری های جداگانه عرضه شوند. به عنوان مثال اگر بیمار ۳ دوز منزل دریافت میدارد باید در ۳ پاکت یا شیشه جدا ریخته شوند. ارایه دوز منزل شربت در ظروف یک بار مصرف و ایمن در برابر کودکان الزامیست. مشخصات بیمار و دوز مصرفی به همراه علامت خطر باید بر روی ظروف عرضه دوز منزل درج شود. در خصوص شرایط نگهداری دوز منزل در محل قفل شده و به دور از دسترسی کودکان باید به بیماران و در صورت امکان خانواده آنها آموزشهای لازم داده شود.

۴۸. آزمایش ادرار: پرسش از بیمار جهت نحوه انجام تست های ادراری و فواصل و آخرین زمان انجام تست، محل انجام تست ادرار، چگونگی ثبت نتایج تست ادرار در پرونده، بررسی برخورد با نتیجه تست ادراری مثبت جهت بازبینی دوز دارو و انجام مشاوره بیشتر با بیمار.

- فواصل زمانی تست ادرار: این تست، باید بصورت ماهانه یکبار، تکرار شود.
- چنانچه از ۳-۵ بیماری که این سوال مورد پرسش قرار می گیرد، یک نفر مغایر با تعاریف اعلام شده اظهار کند، به این آیتم نمره صفر تعلق می گیرد.

۴۹. سایر آزمایش ها و ارزیابی های پاراکلینیک لازم: پرسش از بیمار جهت زمان انجام تست های کبدی، نوار قلب، بررسی درخواست آزمایش های لازم در بیماران (مطابق آیتم ۸۵) و همچنین بررسی کیت های موجود در مرکز بررسی گردد. جنبه های پنج گانه مندرج در فصل ششم از پروتکل درمان با آگونیسست (صفحه ۸۱) برای مراجعان توضیح داده شود و بیمار واقف باشد که هدف از آزمایش ادرار صرفاً مجازات وی نیست.

- چنانچه از ۳-۵ بیماری که این سوال مورد پرسش قرار می گیرد، یک نفر مغایر با تعاریف اعلام شده اظهار کند، به این آیتم نمره صفر تعلق می گیرد.

۵۰. محرمانه بودن اطلاعات بیمار (مورد مهم): بررسی وجود پرونده ها صرفاً در مرکز، نحوه نگهداری پرونده ها در مرکز، پرسش از مسئول فنی جهت عدم انجام تحقیقات علمی در مرکز بدون هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی، عدم افشای نتیجه آزمایش ادرار بیمار به غیر از خود بیمار (و نیز اطلاعات دیگر پرونده). رازداری در این قسمت به ویژه بسیار مهم است. استفاده از کداختصاصی منحصر به فرد برای ثبت و گزارش دهی اطلاعات درمانی الزامیست. یکی از راه های دیگر ارتقاء رازداری برای بیماران جدا کردن اطلاعات فردی بیمار از بقیه پرونده است. در این حالت

مشخصات فردی از جمله نام و نشانی محل سکونت و تلفنهای بیمار (فرم شماره یک) از پرونده درمانی جدا شده و در محلی دیگر نگهداری می‌شود. مرکز تحت هیچ شرایطی مجاز نیست بدون اطلاع و رضایت بیمار (به شرط آن که وی ۳۱ سال داشته و مهجور نباشد یعنی مبتلا به جنون، عقب ماندگی یا زوال عقلی نباشد) نتیجه آزمایش را به دیگران حتی بستگان درجه یک وی منتقل نماید. نتایج آزمایش بیماران جزء اسرار آنان تلقی شده و باید محرمانه بماند. البته بسیاری از بیماران منعی برای اطلاع رسانی به خانواده خود ندارند یا آن را اقدامی جهت ایجاد اعتماد در بستگان تلقی میکنند. بنابراین لازم است از ابتدای شروع درمان و انجام آزمایش ادرار، مرکز درمانی و بیمار درباره سیاست اطلاع رسانی نتایج آزمایش به خانواده به توافق برسند. بیماران ممکن است رضایت دهند که افراد خاصی از نتایج مطلع شوند. این گونه موارد باید از ابتدا مشخص شده و به صورت کتبی به تأیید بیمار برسد. البته بیمار میتواند در جریان درمان، توافق قبلی را تغییر دهد که این مسأله هم باید به صورت مکتوب در مرکز درمانی مستند گردد.

۵۱. مشاهده رعایت شئون حرفه ای و اخلاقی در ارائه خدمات به بیماران و تکریم ارباب رجوع: برخورد مناسب و قابل قبول با مراجعان مرکز ضروری است.

- برای بررسی میزان رضایتمندی بیماران، پرسشنامه‌ای علاوه بر چک لیست وجود دارد که بطور مجزا از چک لیست، از مراجع سوال خواهد شد.
- از ۵ بیمار، میزان رضایتمندی از نظر برخورد و تکریم سوال شود. در صورت رضایت شفاهی اکثریت، نمره این آیتم به مرکز تعلق می‌گیرد.

۵۲. همکاری پرسنل با کارشناسان تیم نظارتی: امکان بازدید از کلیه فضاهای مرکز و دسترسی به پرونده‌ها میسر باشد. نحوه برخورد پرسنل با تیم پایش لحاظ گردد.

۵۳. ملاحظه تصویر مدارک شناسایی بیمار (شناسنامه یا کارت ملی): ارائه شناسنامه و یا کارت ملی، برای تجویز دوز منزل ضروری است. بنابراین تا زمانی که مراجع مشمول دریافت دوز منزل نباشد، احراز هویت او الزامی نیست. در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، بر اساس نام و نام خانوادگی ذکر شده توسط بیمار، پرونده تشکیل میگردد. اما به بیمار تذکر داده میشود که تنها در صورت احراز هویت، و البته پس از دستیابی به ثبات رفتاری به او دوز منزل تحویل داده خواهد شد. توجه شود شناسایی هویت افرادی که پرونده آنان در مرکز وجود دارد در اولویت کاری شما قرار دارد. این امر با بررسی مشخصات فردی و شناسنامه‌ای ثبت شده در پرونده بیمار، میسر می‌شود. چنانچه لازم بود، برای بررسی احراز هویت پرونده‌ها، بصورت مستقیم با صاحب آن پرونده تماس برقرار کنید (مبتنی بر آموزش ارائه شده در کارگاه نظارت).

۵۴. ملاحظه کارت درمان بیماران مطابق مقررات؛ بر اساس نمونه ارائه شده در پیوست.

۵۵. ملاحظه فرم‌های تکمیل شده در پرونده بر اساس پروتکل (بر اساس فرم‌های پیوست شماره ۶ پروتکل). برای بررسی آیتم حاضر، ۵ پرونده مورد بررسی قرار گیرد و سپس نمره این آیتم به مرکز، تعلق گیرد.

۵۶. تشریح فرایندهای درمانی مطابق با پروتکل به بیمار و خانواده او در شرح ویزیت اولیه (مطابق پیوست شماره سه پروتکل درمان با داروهای آگونیسست) شرح فرآیند درمان بصورت ایفای نقش.

۵۷. مطابقت بیماران وارد شده به درمان با ملاک‌های پروتکل‌های ابلاغی: مطابقت اطلاعات پرونده بیماران از نظر نوع ماده اصلی و طریقه مصرف با ملاک‌های پروتکل‌های ابلاغی؛ مطابق با فصل سوم پروتکل، انتخاب بیماران برای درمان نگهدارنده، صفحه ۴۲، به طور خلاصه ملاک‌های ورود به درمان در خصوص نوع ماده شامل موارد زیر است: توصیه می‌شود مراجعانی در درمان نگهدارنده قرار گیرند که وابسته به- مواد افیونی سنگین باشند. فهرست مواد

سنگین به قرار زیر است: کراک هروئین یا هروئین فشرده، هروئین، متادون غیرمجاز، تمجزیک یا بوپرنورفین تزریقی غیرمجاز، نورجریک (آمپولهای دستساز حاوی هروئین، مورفین و ترکیبات کورتیکواستروئیدی). وابستگان به مواد افیونی چون تریاک، شیره، کدئین، دیفنوکسیلات، بوپرنورفین زیربانی (غیرتزریقی) و ترامادول نباید وارد درمان نگهدارنده با متادون شوند هرچند این امر مطلق نبوده و در صورتی که بندهای دیگر شدت بالای اعتیاد را احراز نمایند میتوانند از این درمان بهره گیرند. درمان نگهدارنده در کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف میکنند، توصیه می شود. بنا به تعریف مصرف کنندگان مواد که در سال گذشته حداقل یک بار مواد را به صورت تزریقی مصرف کرده اند، تزریقی در نظر گرفته می شوند.

- برای بررسی این مورد، پرونده ۳ - ۵ نفر مورد بررسی قرار دهید.

۵۸. ملاحظه پرونده از نظر وضعیت بیمار و کلیه اقدامات انجام شده شامل تغییر در دوز مطابق پروتکل (مطابق با توضیحات فصل پنج پروتکل و پیوست ۸ و ۹، به طور خلاصه این میزان برای بار اول حداکثر جمعا ۵۰ میلی گرم طی سه دوز (۱۰+۱۰+۳۰) و با فواصل حداقل دو ساعت بین دوزها و در روز دوم به بعد تکرار دوز روز قبل یا ۵ تا ۱۰ میلی گرم بیشتر).

- برای بررسی این مورد، ۳ - ۵ نفر پرونده را مورد بررسی قرار دهید.

۵۹. ثبت آزمایشهای پاراکلینیک بدو ورود مطابق پروتکل در بیماران واجد سابقه بیماریهای داخلی: ثبت کلیه ارزیابیها و خدمات دارویی و روانشناختی ارائه شده به مراجع در پرونده الزامیست. لازم به یادآوری است که جمع آوری و ثبت این اطلاعات چه در قالب نرم افزار (واجد گواهی تبادل اطلاعات با سرور سامانه اطلاعاتی) و چه در قالب مکتوب و کاغذی قابل قبول بوده و مهم اخذ آنها است. در صورتی که مراجع نشانه یا سابقه ای دال بر ابتلا به بیماریهای داخلی داشته باشد، انجام آزمایشهای پاراکلینیک متناسب نظیر آزمایش خون از نظر شمارش گلبولی و هماتوکریت، قند ناشتا، آنزیمهای کبدی، شاخص های کارکرد کبدی و کلیوی از جمله بیلیروبین و کراتینین، وضعیت تریگلیسرید و کلسترول ضروری خواهد بود. به عنذوان مثال در بیماران مبتلا به هیپاتیت سی انجام آزمایشهای کارکرد کبدی در بدو ورود به درمان توصیه می گردد. انجام نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی عروقی، سن بالای ۵۰ سال یا سایر عوامل خطرزای آریتمی قلبی توصیه می گردد.

- برای بررسی این مورد، ۳ - ۵ پرونده را مورد بررسی قرار دهید.

۶۰. رعایت حداکثر مجاز داروی آگونیسست در روز اول طبق پروتکل: مطابق با توضیحات فصل پنج پروتکل و پیوست ۸، به طور خلاصه این میزان برای روز اول حداکثر جمعا ۵۰ میلی گرم است.

- برای بررسی این مورد، ۳ - ۵ نفر پرونده را مورد بررسی قرار دهید.

۶۱. رعایت احتیاطات در خصوص سرعت افزایش دوز داروی آگونیسست مطابق پروتکل های درمانی در ماه اول (مطابق با فصل پنج مراحل ارائه و تجویز متادون به بیماران، مرحله یک دوره القاء اولیه، صفحه ۵۷).

- برای بررسی این مورد، ۳ - ۵ نفر پرونده را مورد بررسی قرار دهید.

۶۲. رعایت احتیاطات در خصوص سرعت افزایش دوز داروی آگونیسست مطابق پروتکل های درمانی در ادامه درمان: (مطابق با فصل پنج مراحل ارائه و تجویز متادون به بیماران، مرحله دو دوره القاء دیررس، صفحه ۶۷).

- برای بررسی این مورد، ۳ - ۵ نفر پرونده را مورد بررسی قرار دهید.

۶۳. تجویز دوز کافی در مرحله نگهدارنده متناسب با پروتکل‌های درمانی: (مطابق با فصل پنج مراحل ارائه و تجویز متادون به بیماران، مرحله سه دوره نگهدارنده، صفحه ۷۳).

- برای بررسی این مورد، ۳ - ۵ نفر پرونده را مورد بررسی قرار دهید.

۶۴. ثبت علت خروج بیمار از درمان. برای بررسی این آیتم، از میان پرونده‌های خارج شده، ۳ پرونده را مورد بررسی قرار دهید.

○ دقت داشته باشید که علت خروج از درمان نیاز است تا بدقت ثبت شده باشد و با علل ذکر شده در پروتکل همخوانی داشته باشد.

۶۵. ثبت ویزیت بیمار در دو هفته آغاز درمان نگهدارنده مطابق پروتکل (هفته اول روزانه و سپس هفته‌ای سه بار). آیتم حاضر از ۳ بیمار مورد پرسش قرار گیرد و با پرونده آنها چک شود، زیرا تمامی ویزیت‌ها باید در پرونده ثبت شده باشند.

- تبصره ۱: در مواردی ممکن است بیماران قدیمی، این آیتم را که مربوط به روزهای ابتدایی ورود به درمان است، بخاطر نداشته باشند. در این موارد ثبت در پرونده ملاک قضاوت است. بنابراین بهتر است این آیتم از بیماران جدید ورود به درمان سوال شود.

۶۶. ثبت ویزیت از هفته سوم تا هفته ۱۲ درمان نگهدارنده توسط پزشک مطابق پروتکل (به صورت هفتگی). آیتم حاضر از ۳ بیمار مورد پرسش قرار گیرد و با پرونده آنها چک شود، زیرا تمامی ویزیت‌ها باید در پرونده ثبت شده باشند.

- تبصره ۱ در سوال ۶۵، در نظر گرفته شود.

۶۷. ثبت ویزیت از ماه چهارم تا پایان سال اول مطابق پروتکل (دو هفته یک بار). آیتم حاضر از ۳ بیمار مورد پرسش قرار گیرد و با پرونده آنها چک شود، زیرا تمامی ویزیت‌ها باید در پرونده ثبت شده باشند.

- تبصره ۱ در سوال ۶۵، در نظر گرفته شود.

۶۸. ثبت ویزیت از سال دوم در درمان نگهدارنده توسط پزشک مطابق پروتکل (ماهی یک بار). آیتم حاضر از ۳ بیمار مورد پرسش قرار گیرد و با پرونده آنها چک شود، زیرا تمامی ویزیت‌ها باید در پرونده ثبت شده باشند.

- تبصره ۱ در سوال ۶۵، در نظر گرفته شود.

۶۹. ثبت ویزیت‌های پزشکی در صورت لغزش، عود یا غیبت از درمان (لغزش و عود مطابق با جدول ۳-۷-۱ پله ارائه دوز منزل به واسطه بر هم خوردن ثبات رفتاری بیمار، صفحه ۹۳ از پروتکل). آیتم حاضر از ۳ بیمار مورد پرسش قرار گیرد. تمامی موارد تغییرات برنامه درمانی بیمار و ویزیت‌ها و علت تغییرات باید در پرونده ثبت شده باشد.

۷۰. ثبت تعداد ویزیت‌ها توسط پزشک مطابق پروتکل (دو هفته یک بار). آیتم حاضر از ۳ بیمار مورد پرسش قرار گیرد و با پرونده آنها چک شود، زیرا تمامی ویزیت‌ها باید در پرونده ثبت شده باشند.

۷۱. ثبت انجام آزمایش‌های لازم جهت افراد پرخطر: شامل آزمایش اچ آی وی، هیپاتیت سی و بر اساس پروتکل، پرونده ۳

- ۵ بیمار پرخطر انتخاب شده و مورد بررسی قرار گیرند و چنانچه یک پرونده، فاقد آزمایش‌های لازم بود، به این آیتم نمره صفر دهید.

۷۲. وجود فرم ارجاع بیماران در صورت پذیرش بیمار از سایر مراکز. از فرد مسئول بخواهید، مستندات فرم ارجاع از مراکز و شهرهای دیگر را برای شما فراهم کرده و آنان را مورد بررسی قرار دهید.

۷۳. ثبت رعایت دوز متادون در مرحله پایدارسازی طبق پروتکل؛ این مرحله به دنبال افزایش تدریجی متادون ورای نقطه تعادل فارماکولوژیک و اشباع‌سازی گیرنده‌های افیونی به واسطه تجویز آن است. عبارت دیگر، آنقدر متادون بیمار افزایش می‌یابد تا بیمار قادر به استفاده از مواد مخدر دیگر نباشد. در این مرحله، آزمایش‌های ادرار بیمار نیز به سمت منفی کامل متمایل خواهد شد.

- این اقدام، در ۵ پرونده موجود در مرکز، مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد و چنانچه یک پرونده مطابق با تعریف ارائه شده نبود، نمره این آیتم از کلینیک سلب می‌گردد.

۷۴. ثبت روند کاهش و قطع متادون در مرحله ختم درمان طبق پروتکل: میزان کاهش توصیه شده در ابتدای اقدام به کاهش دوز در حد ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم در ماه است. از متادون بیمار هر ماه ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم کاسته شده و در انتهای ماه مورد ارزیابی مجدد قرار می‌گیرد. در صورتی که وضعیت بیمار ثابت مانده و کاهش دوز اثر مخربی بر روی جنبه‌های فوق‌الذکر بیمار نداشته باشد، کاهش دوز بعدی اعمال می‌گردد.

- ثبت تجویز دارو در ماه اول درمان به صورت روزانه (به جز ایام تعطیل)

- ثبت تجویز دوز منزل در ماه دوم درمان، به صورت یک روز در هفته (+ جمعه و ایام تعطیل): در صورت تداوم ثبات رفتاری مطابق پروتکل: بیماری در ثبات رفتاری است که: مصرف مواد مخدر سنگین (کراک، هرویین، تریاک و شیشه) ندارد. آزمایش هفتگی مورفین و متامفتامین ادرار منفی است. غیبت از درمان ندارد و متادون را بدون وقفه مصرف می‌کند. در جلسات مشاوره یا روان‌درمانی فردی یا گروهی حضور فعال و منظم دارد ۱۲ هفته اول و پس از آن به تشخیص تیم درمانی. افکار و اقدامات خودکشی و خودزنی ندارد. مسمومیت و بیش‌مصرفی برای وی اتفاق نمی‌افتد. مقررات مرکز درمانی را رعایت می‌کند. هزینه درمان خود را می‌پردازد (به جز مراکز دولتی) (اطلاعات بیشتر: صفحه ۹۲ پروتکل)

- ثبت تجویز دوز منزل در ماه سوم درمان، به صورت دو روز در هفته در صورت تداوم ثبات رفتاری مطابق پروتکل: تداوم ثبات رفتاری مطابق با توضیحات آیتم ۱۰۴

- ثبت تجویز دوز منزل در ماه چهارم درمان، بصورت سه روز در هفته در صورت تداوم ثبات رفتاری مطابق پروتکل: تداوم ثبات رفتاری مطابق با توضیحات آیتم ۱۰۴

- ثبت تجویز دوز منزل در ماه پنجم درمان به صورت چهار روز در هفته در صورت تداوم ثبات رفتاری مطابق پروتکل: تداوم ثبات رفتاری مطابق با توضیحات آیتم ۱۰۴

- ثبت تجویز دوز منزل در ماه ششم و پس از آن به صورت هفتگی = پنج روز در هفته + جمعه و ایام تعطیل، در صورت تداوم ثبات رفتاری مطابق پروتکل: تداوم ثبات رفتاری مطابق با توضیحات آیتم ۱۰۴

- ثبت کاهش پله یا قطع دوز منزل در صورت لغزش یا عدم مراجعه مطابق پروتکل: جدول ۳-۷ تنزل پله ارائه دوز منزل به واسطه برهم خوردن ثبات رفتاری بیمار، صفحه ۹۳ از پروتکل

- توجه داشته باشید، آیتم ۷۴ و تمامی بندهای اضافه شده به آن، در ۳ پرونده بیمار مورد بررسی قرار گیرد.

۷۵. ثبت القاء مجدد درمان در صورت غیبت: شروع مجدد درمان در صورت عدم مراجعه به مدت بیش از یک هفته: مواردی که غیبت داشته‌اند شناسایی شده و اگر مدت غیبت بیش از یک هفته بود باید درمان مجدداً آغاز گردد. پرونده ۳ بیمار که دارای این شرایط بوده اند چک شود، به گونه ای که استانداردهای پروتکل رعایت شده باشد و در پرونده هم ثبت گردد. در صورت دسترسی به بیماران در معرض این امر، می توان از خود آنان در این مورد سوال پرسیده شود.

۷۶. ثبت ویزیت روان شناس در دوره درمان نگهدارنده مطابق پروتکل (پیوست شماره ۶، فرم شماره ۶ پروتکل درمان با داروهای آگونیست): مداخلات روانی، اجتماعی به صورت یک جلسه در هفته در شروع درمان (شش ماه اول) به منظور تقویت نتایج درمانی برای تمام بیماران دریافت کننده درمان نگهدارنده با متادون در برنامه‌های سرپایی درمان (به جز مراکز گذری) به عنوان یک رویکرد استاندارد الزامی می‌باشد.

- برای بررسی صحت اطلاعات ثبت شده، موارد ثبت شده را از ۵ بیمار مورد پرسش قرار دهید.

۷۷. شرح جلسه آموزش بیمار توسط روانشناس: مطابق با فصل ۱۲، مداخلات غیردارویی درمان نگهدارنده، بخش آموزش بیمار و خانواده (صفحه ۱۱۷). ثبت شرح جلسات برگزار شده توسط روان‌شناس مورد بررسی قرار گیرد.

- برای بررسی صحت اطلاعات ثبت شده، موارد ثبت شده را از ۵ بیمار مورد پرسش قرار دهید.

۷۸. شرح جلسه آموزش خانواده توسط روانشناس: مطابق با فصل ۱۲، مداخلات غیردارویی درمان نگهدارنده، بخش آموزش بیمار و خانواده (صفحه ۱۱۷). شرح اقدامات انجام شده باید در پرونده ثبت شده باشد.

- برای بررسی صحت اطلاعات ثبت شده، موارد ثبت شده را از ۵ بیمار مورد پرسش قرار دهید.

۷۹. شرح جلسه مصاحبه انگیزشی جهت بیماران توسط روانشناس: مطابق با فصل ۱۲، مداخلات غیردارویی درمان نگهدارنده، بخش مشاوره (صفحه ۱۱۶). شرح اقدامات انجام شده باید در پرونده ثبت شده باشد.

- برای بررسی صحت اطلاعات ثبت شده، موارد ثبت شده را از ۵ بیمار مورد پرسش قرار دهید.

۸۰. شرح جلسات روان‌درمانی پیشگیری از عود: مطابق با فصل ۱۲، مداخلات غیردارویی درمان نگهدارنده. شرح اقدامات انجام شده باید در پرونده ثبت شده باشد.

- برای بررسی صحت اطلاعات ثبت شده، موارد ثبت شده را از ۵ بیمار مورد پرسش قرار دهید.

۸۱. شرح جلسات گروه درمانی توسط روانشناس: مطابق با فصل ۱۲، مداخلات غیردارویی درمان نگهدارنده، بخش گروه درمانی حمایتی (صفحه ۱۱۷). شرح اقدامات انجام شده باید در پرونده ثبت شده باشد.

- برای بررسی صحت اطلاعات ثبت شده، موارد ثبت شده را از ۵ بیمار مورد پرسش قرار دهید.

۸۲. شرح جلسات آموزش‌های کاهش خطر و ارجاع جهت آزمایش اچ آی وی: این مورد توسط مددکار یا روان‌شناس باید صورت گرفته باشد. شرح اقدامات انجام شده باید در پرونده ثبت شده باشد.

- برای بررسی صحت اطلاعات ثبت شده، موارد ثبت شده را از ۵ بیمار مورد پرسش قرار دهید.

۸۳. ثبت اطلاعات فرم ارزیابی پایه (فرم شماره ۲ پیوست شماره ۶ پروتکل درمان با داروهای آگونیست)

۸۴. ثبت فرم ارزیابی دوره‌ای (فرم شماره ۳ پیوست شماره ۶ پروتکل درمان با داروهای آگونیست) در پرونده بیمار مطابق پروتکل (ماه‌های ۱، ۳، ۶، ۹، ۱۲، سپس هر ۶ ماه)
۸۵. شرح مداخلات مددکاری: برای بررسی این آیتم، ۵ پرونده مورد بررسی قرار گرفته و ثبت اقدامات مددکاری مورد بررسی قرار گیرند.
- شرح مداخلات مددکاری: مددکار باید فرم مخصوص مددکار (فرم شماره هفت پیوست شش پروتکل درمان با داروهای آگونیست) را تکمیل کرده باشد
- شرح پیگیری مراجعات بیمار توسط مددکار و گزارش غیبت به پزشک
- شرح پیگیری مسائل و مشکلات خانوادگی و شغلی بیمار توسط مددکار
- شرح بررسی وضعیت مالی بیمار و در صورت امکان رایگان نمودن هزینه برای بیماران نیازمند توسط مددکار
۸۶. ثبت تحویل داروی آگونیست به خود بیمار، مصرف دارو در حضور پرستار، تجویز دوز منزل در بسته‌ها و شیشه‌های جداگانه به بیمار.
- برای بررسی صحت اطلاعات ثبت شده، موارد ثبت شده را از ۵ بیمار مورد پرسش قرار دهید.
۸۷. ثبت آزمایش ادرار مورفین و مت‌آمفتامین حداقل به میزان هفتگی در سه ماه اول، ماه ۴ تا ۶ هر دو هفته و سپس ماهانه.
- برای بررسی آیتم حاضر، از ۵ بیمار مورد مذکور را مورد پرسش قرار دهید و در صورت مغایرت یکنفر با تعریف ارائه شده، نمره این آیتم به کلینیک تعلق نمی‌گیرد.
۸۸. تطبیق دفتر ثبت داروهای مخدر با پرونده و پرونده بیماران (مبتنی بر آموزش ارائه شده در کارگاه نظارت)
- برای بررسی آیتم حاضر، ۵ پرونده مورد بررسی قرار گیرد.
۸۹. تطبیق داروهای موجود و مصرفی با دفتر ثبت داروهای مخدر: آیا مقدار داروهایی که موجود است و داروهایی که مصرف شده است با دفتر ثبت داروها مطابقت دارد (مبتنی بر آموزش ارائه شده در کارگاه نظارت).
- برای بررسی آیتم حاضر، ۵ پرونده مورد بررسی قرار گیرد.
۹۰. درج امضای بیماران در فرم تحویل دارو و تکمیل فرم مخصوص عرضه داروهای آگونیست برای هر بیمار توسط پرستار (مبتنی بر آموزش ارائه شده در کارگاه نظارت).
- برای بررسی آیتم حاضر، ۵ پرونده مورد بررسی قرار گیرد.
۹۱. گزارش غیبت بیمار به پزشک مسئول فنی (و مددکار در صورت موجود بودن) توسط پرستار:
- اگر بیماری از دریافت یک وعده دوز متادون خود باز ماند، بهتر است مرکز درمانی مکانیسم پیگیری تلفنی را فعال سازد. انجام پیگیری بعد از یک نوبت غیبت، انتخابی است و مراکز مجبور به انجام آن نیستند. (برای کسب اطلاعات بیشتر به راهنمای پیگیری صفحه ۱۰۲ پروتکل مراجعه نمایید)
- توجه داشته باشید، تمامی اقدامات باید در پرونده ثبت شده باشد.

۹۲. ثبت مصرف دوز آخر داروی آگونیست، در مرکز تحت نظارت پرستار : چنانچه بیمار در مرحله ای است که تنها یک بار در هفته مراجعه دارد، ۶ ظرف استاندارد به بیمار تحویل داده شده و دوز هفتم در واحد مصرف می شود.
- در هنگام حضور در مرکز، این آیتم با مشاهده مواردی که مصداق توصیف هستند، بررسی می شود.
- حداقل ۵ بیمار در این خصوص مورد مشاهده و ارزیابی قرار گیرند و پس از آن، نمره این آیتم به آن کلینیک تعلق گیرد.
۹۳. ساعات کاری مرکز. مرکز در ساعت کاری مطابق با پروتکل به فعالیت خود مشغول بوده یا آنکه درب مرکز بسته یا تعطیل نیست.
۹۴. فرم‌های آماری سه ماهه خدمات درمانی: ارسال این فرم‌ها به معاونت درمان و بررسی مستندات ارسال آن.
۹۵. عدم وجود فرم‌های سفید امضا و عدم وجود فرم شماره ۸ (فرم پرستار) ماه‌های قبل: فرم‌های پرستار (تحویل دارو به بیمار) هریک الی دو ماه به معاونت غذا و دارو تحویل داده می شود و نباید در پرونده بیمار موجود باشد.
۹۶. عدم وجود دوربین در اتاق پزشک و روان‌شناس: عدم وجود دوربین در مکان‌های ذکر شده، تعریف مورد نظر در این آیتم است.
۹۷. حضور مسئول فنی با تاخیر: حضور مسئول فنی با تاخیر نسبت به ساعت فعالیت در مرکز باعث سلب نمره این آیتم می‌گردد.
۹۸. حضور روانشناس یا پرستار با تاخیر: حضور روانشناس یا پرستار با تاخیر نسبت به ساعت فعالیت در مرکز، تعریف مورد نظر در این آیتم است که موجب سلب نمره این آیتم می‌گردد.
۹۹. تجویز دارو توسط غیرپزشک مسئول فنی: چنانچه تجویز دارو توسط پرستار یا روانشناس یا دیگر پرسنل مرکز صورت گیرد، مرکز از گرفتن نمره این آیتم محروم می‌شود.
۱۰۰. عدم وجود پرونده مربوط به مراکز دیگر: عدم وجود پرونده مربوط به دیگر مراکز درمانی
۱۰۱. قید کردن قطع درمان در فرم‌های مربوطه در پرونده‌های فعال: قید کردن قطع درمان فرم‌های مربوطه در پرونده‌های فعال ضروری است (فرم‌های شماره ۴ - ۶ - ۸).
۱۰۲. فروش دارو به غیربیمار و بدون هویت: تعریف مورد نظر این آیتم، فروش آزاد دارو است.
۱۰۳. جا به جایی مکان مرکز بدون هماهنگی با معاونت درمان: مرکز بدون هماهنگی با معاونت درمان دانشگاه، به مکان دیگری منتقل نشده باشد.
۱۰۴. همخوانی پرونده‌های دارویی با نوع داروی تحویلی:
- در این خصوص، از ۵ بیمار در خصوص داروی تحویلی آنان سوال پرسیده شود و سپس با پرونده آنان، جواب ایشان مطابقت داده شود.
۱۰۵. از پرونده‌های موجود در مرکز، ۱۵ عدد بطور تصادفی انتخاب می‌گردد. سپس با شماره تلفن موجود در پرونده تماس گرفته و درخواست مراجعه مددجو به مرکز صورت می‌گیرد. اگر از تعداد پرونده‌هایی که دارای شماره تلفن می‌باشند، کمتر از ۸۰٪ (کمتر از ۱۲ پرونده)، امکان برقراری تماس و به تبع آن حضور در مرکز اجرا شد، به این سوال صفر تعلق می‌گیرد.
- در موارد امکان برقراری تماس و حضور در مرکز به میزان ۸۰٪ و بیشتر (۱۲ پرونده و بیشتر)، نمره یک تعلق می‌گیرد.

موارد بحرانی در دستورالعمل حاضر عبارت است از:

آیتم های ۲۹ - ۳۶ - ۴۰ - ۴۲ - ۴۳ - ۴۴ - ۴۶ - ۵۲ - ۵۳ - ۸۶ - ۸۸ - ۸۹ - ۹۳ - ۹۵ - ۹۶ - ۹۷ - ۹۹ - ۱۰۰ -
۱۰۱ - ۱۰۲ - ۱۰۴ - ۱۰۵

پیوست ۱: لیست تجهیزات و داروهای ترالی اورژانس مطب پزشکان و واحد MMT

ردیف	تجهیزات	تعداد	
۱	تخت معاینه	۱ عدد	
۲	ماسک اکسیژن دهانی و بینی	دو عدد بزرگسال	
۳	کیسول اکسیژن	حداقل دو عدد	
۴	آمبو بگ	۱ عدد بزرگ	
۵	لارنگوسکوپ	۱ عدد	
۶	درجه طبی	۲ عدد	
۷	پنبه	به مقدار لازم	
۸	الکل ۷۰٪ سفید	۱ شیشه	
۹	ایروی و لوله تراشه	سایز بزرگسال	
۱۰	چراغ قوه	۱ عدد	
۱۱	فشار سنج و گوشی پزشکی	۱ عدد	
۱۲	کیسول آتش نشانی	۱ عدد	
۱۳	ساکشن	۱ عدد	
۱۴	پاراوان	۱ عدد	
۱۵	پایه سرم	۱ عدد	
۱۶	آنژیوبکت صورتی و آبی	هر کدام ۲ عدد	
۱۷	پگ پانسمان استیل	حداقل ۲ عدد	
۱۸	پگ بخیه استیل	حداقل ۲ عدد	
۱۹	باند - گاز - چسب	به مقدار لازم	
۲۰	دستکش یکبار مصرف و استریل	هر کدام ۱ بسته	
۲۱	سرنگ و سرسوزن ۲ و ۵ و ۱۰ میلی	هر کدام ۱۰ عدد	
۲۲	فور یا اتوکلاو	۱ عدد	
۲۳	Safty Box	۱ عدد	
۲۴	داروهای اورژانس	آمپول نالوکسان	۱۰ عدد
		آمپول آنروپین	۵ عدد
		آمپول ابی نفرین	۵ عدد
		آمپول دیازپام	۲ عدد
		آمپول هیدروکورتیزون	۲ عدد
		آمپول دگزامتازون	۵ عدد
		آمپول آمینوفیلین	۲ عدد
		آمپول بیکربنات	۱ عدد
		آمپول هیوسین	۲ عدد
		آمپول هالو پریدول	۲ عدد
		آمپول فورزماید	۲ عدد
		سرم دکستروز ۵٪ / سرم نرمال سالین	هر کدام ۲ عدد
		آمپول بی پردین	۲ عدد
		TNG P earl	۵ عدد

درمانگاه پژوهشی-آموزشی اینکاس

شماره دفتر: ۵۸۵ تاریخ صدور نسخه: ۱۳۹۵/۰۴/۰۲

نام و نام خانوادگی: حمید رضا قلی کد بیمار: ۳۳۰۷۹

نام دارو: متادون

ردیف	تاریخ	داروی صبح	داروی عصر	تحويل مجدد
۱	۱۳۹۵/۰۴/۰۲	۲۸		
۲	۱۳۹۵/۰۴/۰۳	۲۸ T.H		
۳	۱۳۹۵/۰۴/۰۴	۲۸ T.H		
۴	۱۳۹۵/۰۴/۰۵	۲۸ T.H		
۵	۱۳۹۵/۰۴/۰۶	۲۸ T.H		
۶	۱۳۹۵/۰۴/۰۷	۲۸ T.H		
۷	۱۳۹۵/۰۴/۰۸	۲۸ T.H		
		۲۸	امضاء بیمار	
		۶		
		۱۶۸		
		۱۹۶		

داروی مصرفی روز
تعداد وعده های T.H
داروی T.H
جمع داروی تحويلی

مهر و امضاء پزشک
دکتر بهرنگ شادلو

مُرم عرفة دارو

--

شماره پرونده :
تاریخ صدور :

بسمه تعالی

--	--

گند : دانشگاه علوم پزشکی / سازمان بهزیستی
گند : شهرستان / مرکز :
..... بدینوسیله گواهی می شود آقا / خانم به شماره شناسنامه صادره
از تحت پوشش برنامه های درمانی این مرکز قرار دارند.
اعتبار این کارت از تاریخ صدور یا تمدید حداکثر به مدت یک هفته می باشد.

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز
مهر و امضاء

مرکز / واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیسیت

مشخصات مرکز

نام مرکز: نام مؤسس / مؤسسين: نام مسئول فنی:
 نام روان شناس: نام پرستار: نام مددکار: مرجع صدور مجوز: نام
 بازدیدکنندگان: ساعت بازدید: شیفت فعالیت مرکز: تعداد بیماران به تفکیک داروی آگونیسیت:
 نشانی و شماره تلفن: تاریخ بازدید:

نتیجه ارزیابی ۰-۱	شاخص / استاندارد	ردیف	درون دادها	
	ابعاد، تعداد و متن تابلو مطابق قوانین سازمان نظام پزشکی می باشد	۱	تابلو	مجوزهای قانونی و بخشنامه ها
	مهر مرکز مطابق قوانین سازمان نظام پزشکی می باشد	۲	مهر مرکز	
	سر نسخه مرکز مطابق قوانین سازمان نظام پزشکی می باشد	۳	سرنسخه	
	پروانه بهره برداری، مسئولیت فنی و مجوز داروی آگونیسیت معتبر در معرض دید نصب است	۴	پروانه های مرکز / واحد	
	تابلوی راهنمای پذیرش و مراحل درمان نصب است	۵	راهنمای مراجعان	
	تابلوی معرفی پرسنل نصب است.	۶		
	تعرفه قانونی ارائه خدمات رعایت می شود و در معرض دید نصب است	۷	تعرفه	
	تابلو ساعات فعالیت مرکز در معرض دید نصب است.	۸	ساعات فعالیت مرکز / واحد	
	فعالیت مرکز در تمام روزهای هفته بجز جمعه و تعطیلات رسمی حداقل چهار ساعت در یک نوبت است	۹		
	سوابق بیماران مطابق دستورالعمل در مرکز نگهداری می گردد.	۱۰	سوابق و پرونده های پزشکی مراجعین	
	فرم های پرونده، مطابق با پروتکل (ویرایش سوم) است	۱۱		
	دفاتر مورد نیاز موجود و مطابق ضوابط ابلاغی است	۱۲		
	مساحت اتاق حداقل ۸ متر مربع است	۱۳	اتاق پزشک	
	اتاق پزشک از نظر وضعیت روشنایی، تهویه و بهداشت (وجود روشویی در اتاق یا مایع ضد عفونی کننده بر روی میز) مناسب است	۱۴		
	اتاق روان شناس - پزشک با دیوار جدا شده است	۱۵		
	مساحت اتاق حداقل ۸ مترمربع است	۱۶		
	اتاق روان شناس از نظر وضعیت روشنایی، تهویه و بهداشت مناسب است	۱۷		اتاق روانشناس / مشاوره

	مساحت اتاق حداقل ۸ مترمربع است	۱۸		
	اتاق توزیع دارو، مراقبت‌های پرستاری و احیا از نظر وضعیت روشنایی، تهویه و بهداشت مناسب است	۱۹	اتاق توزیع دارو، مراقبت‌های پرستاری و احیاء	
	مساحت اتاق انتظار با قابلیت استفاده جهت گروه درمانی در ساعات خاص حداقل ۱۶ متر مربع است	۲۰		
	اتاق انتظار از نظر وضعیت روشنایی، تهویه و بهداشت مناسب است (عدم استعمال دخانیات در آن)	۲۱	اتاق انتظار	
	سرویس بهداشتی مناسب است (مطابق استاندارد وزارت بهداشت)	۲۲	سرویس بهداشتی	
	فضای مناسب و اختصاصی جهت نگهداری داروهای آگونیست وجود دارد	۲۳	فضا جهت انبار داروهای آگونیست	
	لیوان یک بار مصرف برای تهیه ترکیبات محلول	۲۴		
	ظروف تیره رنگ با برچسب هشدار و دارای درب قفل کودک برای بردن دارو به منزل	۲۵	ابزار مناسب جهت ارائه دارو به بیماران	
	ابزار مورد نیاز برای تنظیم دوز دارو یا دیسپنسر	۲۶		
	کیت آزمایش سریع مورفین و مت‌آمفتامین یا کیت چند منظوره معتبر در مرکز موجود است	۲۷	کیت آزمایش سریع ادرار	
	وسایل اولیه احیا در مرکز موجود است	۲۸		
	داروهای مورد نیاز و اختصاصی در ترالی اورژانس موجود است و داروهای غیرمرتبطی وجود ندارد	۲۹		
	دارو ها تاریخ اعتبار دارند	۳۰	وسایل احیا و ترالی اورژانس	
	تخت مناسب احیا، آماده استفاده در فاصله مناسب از دیوار های اطراف قرار دارد.	۳۱		
	وسایل معاینه بیمار در اتاق پزشک موجود است	۳۲		
	کپسول اطفاء حریق سالم با تاریخ اعتبار/ سیستم مناسب کنترل آتش سوزی موجود است	۳۳	اطفاء حریق	
	سیستم گرمایش و سرمایشی مناسب است	۳۴	سیستم گرمایش و سرمایشی، دستگاه آب سردکن	
	دستگاه آب سردکن موجود است	۳۵		
	حداقل یک پزشک دوره دیده (مسئول فنی) در مرکز حضور دارد(مشاهده کارت شناسایی)	۳۶		
	حداقل یک روان‌شناس در مرکز حضور دارد (مشاهده کارت شناسایی)	۳۷		
	حداقل یک مددکار در مرکز حضور دارد (مشاهده کارت شناسایی)	۳۸	تعداد و حضور تیم درمان به ازای ۱۰۰ بیمار	تیم
	حداقل یک پرستار/ ماما/بیمار/ کاردان هوشبری/ تکنسین اتاق عمل/ تکنسین فوریت‌های پزشکی در مرکز حضور دارد	۳۹		

نتیجه ارزیابی ۰-۱	استاندارد	ردیف	فرآیند
	عدم وجود تبلیغات درمان بیماران غیرمرتبط با اختلالات مصرف مواد در مرکز، عدم وجود وسایل پانسمان و تزریقات مبنی بر انجام امور غیرمرتبط، پرسش از بیماران در خصوص علت مراجعه و نوع خدمات دریافتی	۴۰	عدم پذیرش بیماران غیرمرتبط با درمان اختلالات مصرف مواد
	مشاهده نحوه برخورد و اطلاع رسانی و آموزش مراجعان در خصوص مداخلات درمانی	۴۱	فرآیند پذیرش بیماران
	مشاهده بار مراجعه مرکز در طول دوره زمانی بازدید، بررسی تناسب بار مراجعه از نظر ویزیت پزشک و دریافت داروی آگونیسست با پرونده‌های فعال داروهای آگونیسست	۴۲	بار مراجعه
	پرسش از بیماران حاضر در مرکز در مورد علت مراجعه، زمان اولین مراجعه، فواصل مراجعه، میزان و نحوه داروی تحویلی، معاینات انجام شده در هر ویزیت و مشاهده وسایل انجام معاینه در اتاق پزشک. بررسی آگاهی پزشک از مفاد آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های ابلاغی	۴۳	ویزیت پزشک
	پرسش از بیماران در خصوص فواصل انجام مشاوره، تاریخ آخرین مشاوره فردی و گروهی، زمان اختصاص داده شده هر مشاوره. بررسی آگاهی روان‌شناس از مفاد پروتکل‌های درمانی	۴۴	مداخلات روان‌شناسی
	پرسش از بیماران در خصوص فواصل انجام مشاوره و پیگیری و تاریخ آخرین مشاوره و پیگیری. بررسی آگاهی مددکار از مفاد پروتکل درمانی	۴۵	مداخلات مددکاری
	پرسش از بیماران در خصوص میزان و نحوه داروهای تحویلی جهت مصرف در مرکز و دوز منزل، آخرین مراجعه و مقدار داروی مصرف شده در مرکز، شخص تحویل دهنده دارو به بیمار، بررسی تحویل دارو صرفاً به خود بیمار، مشاهده دستور پزشک جهت تحویل دارو و امضای بیماران، مشاهده فرم پرستار و دفتر داروی مخدر، مشاهده مصرف دارو توسط بیمار در حضور پرستار، مشاهده نحوه تحویل دارو با ظروف جداگانه به بیمار برای هر روز جهت دوز منزل	۴۶	عرضه (توزیع) دارو به بیمار توسط پرستار
	تحویل دوز منزل در ظروف استاندارد و آموزش در خصوص پیشگیری از مسمومیت اتفاقی در کودکان	۴۷	نحوه تحویل دوز منزل
	پرسش از بیمار جهت نحوه انجام تست‌های ادراری و فواصل و آخرین زمان انجام تست	۴۸	آزمایش ادرار
	پرسش از بیمار در خصوص محل انجام تست ادرار، چگونگی ثبت نتایج تست ادرار در پرونده، بررسی برخورد با نتیجه تست ادراری مثبت جهت بازبینی دوز دارو و انجام مشاوره بیشتر با بیمار. پرسش از بیمار جهت زمان انجام تست های کبدی، نوار قلب، بررسی درخواست آزمایش‌های لازم در بیماران.	۴۹	سایر آزمایش‌ها و ارزیابی‌های پاراکلینیک لازم
	بررسی وجود پرونده‌ها صرفاً در مرکز، نحوه نگهداری پرونده‌ها در مرکز، پرسش از مسئول فنی جهت عدم انجام تحقیقات علمی در مرکز بدون هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی، عدم افشای نتیجه آزمایش ادرار بیمار به غیر از خود بیمار (و نیز اطلاعات دیگر پرونده)	۵۰	محرمانه بودن اطلاعات بیمار

فرآیند	ردیف	استاندارد	نتیجه ارزیابی ۰-۱
رعایت شئون حرفه‌ای و اخلاقی در ارائه خدمات به بیماران	۵۱	مشاهده رعایت شئون حرفه‌ای و اخلاقی در ارائه خدمات به بیماران و تکریم ارباب رجوع	
همکاری پرسنل مرکز با کارشناسان تیم نظارتی	۵۲	امکان بازدید از کلیه فضاهای مرکز و دسترسی به پرونده‌ها میسر باشد. نحوه برخورد پرسنل با تیم پایش لحاظ گردد.	

برون ده	ردیف	استاندارد	نتیجه ارزیابی ۰-۱
نظارت	۵۳	ملاحظه تصویر مدارک شناسایی بیمار (شناسنامه یا کارت ملی)	
	۵۴	ملاحظه کارت درمان بیماران مطابق مقررات	
	۵۵	ملاحظه فرم‌های تکمیل شده در پرونده بر اساس پروتکل (اطلاعات پایه و ...)	
	۵۶	تشریح فرایندهای درمانی مطابق با پروتکل به بیمار و خانواده او در شرح ویزیت اولیه	
	۵۷	مطابقت بیماران وارد شده به درمان با ملاک‌های پروتکل‌های ابلاغی	
	۵۸	ثبت وضعیت مراجع و کلیه اقدامات شامل دوز دارو در ویزیت‌ها	
	۵۹	ثبت آزمایش‌های پاراکلینیک واجد سابقه بیماری‌های داخلی	
	۶۰	حداکثر دوز داروی آگونیسست در روز اول	
	۶۱	سرعت افزایش دوز داروی آگونیسست در ماه اول	
	۶۲	سرعت افزایش دوز داروی آگونیسست در دامه درمان	
	۶۳	رعایت رژیم دوز کافی داروی آگونیسست	
	۶۴	ثبت علت برای خروج بیمار از درمان	
	۶۵	ثبت ویزیت بیمار در دو هفته آغاز درمان نگهدارنده	
	۶۶	ثبت ویزیت بیمار از هفته سوم تا هفته ۱۲ درمان نگهدارنده توسط پزشک مطابق پروتکل (هفتگی)	
	۶۷	ثبت ویزیت بیمار از ماه چهارم تا پایان سال اول مطابق پروتکل (دو هفته یک بار)	
	۶۸	ثبت ویزیت بیمار از سال دوم درمان نگهدارنده توسط پزشک مطابق پروتکل (ماهی یک بار)	
	۶۹	ثبت ویزیت‌های پزشکی در صورت لغزش، عود یا غیبت از درمان	
	۷۰	ثبت تعداد ویزیت‌های پزشکی در مرحله کاهش تدریجی در درمان نگهدارنده	
	۷۱	ثبت انجام آزمایش‌های لازم جهت افراد پرخطر (اچ‌آی‌وی، هپاتیت سی و بی)	
	۷۲	مستندات فرم ارجاع بیماران در صورت پذیرش از سایر مراکز	

نتیجه ارزیابی ۰-۱	استاندارد	ردیف	برون ده	
	ثابت رعایت دوز متادون در مرحله پایدارسازی طبق پروتکل	۷۳	ثابت رعایت دوز متادون در مرحله پایدارسازی طبق پروتکل	
	ثابت تجویز دوز دارو در ماه اول درمان به صورت روزانه (به جز ایام تعطیل) ثابت تجویز دوز منزل در ماه دوم درمان، به صورت یک روز در هفته (+ جمعه و ایام تعطیل) ثابت تجویز دوز منزل در ماه سوم درمان، به صورت دو روز در هفته ثابت تجویز دوز منزل در ماه چهارم درمان، بصورت سه روز در هفته ثابت تجویز دوز منزل در ماه پنجم درمان به صورت چهار روز در هفته ثابت تجویز دوز منزل در ماه ششم و پس از آن به صورت هفتگی = پنج روز در هفته + جمعه و ایام تعطیل	۷۴	ثابت دوز منزل مطابق با پروتکل	
	در صورت عدم مراجعه به مدت بیش از یک هفته	۷۵	ثابت القاء مجدد درمان در صورت غیبت	
	ثابت ویزیت و جلسات مشاوره انفرادی روان شناس در دوره درمان نگهدارنده مطابق پروتکل	۷۶	ثابت ویزیت روان شناس در دوره درمان	مدخلات غیر دارویی
	شرح جلسه آموزش بیمار توسط روان شناس	۷۷	شرح جلسه آموزش بیمار توسط روان-شناس	
	شرح جلسه آموزش خانواده توسط روان شناس	۷۸	شرح جلسه آموزش خانواده توسط روان-شناس	
	شرح جلسه مصاحبه انگیزشی جهت بیماران توسط روانشناس	۷۹	شرح جلسه مصاحبه انگیزشی توسط روان شناس	
	شرح جلسات روان درمانی پیشگیری از عود	۸۰	شرح جلسات روان درمانی پیشگیری از عود	
	شرح جلسات گروه درمانی توسط روانشناس	۸۱	شرح جلسات گروه درمانی توسط روانشناس	
	شرح جلسات آموزش های کاهش خطر و ارجاع جهت آزمایش اچ-آی وی (در صورتی که عنوان مرکز، مشاوره بیماری های رفتاری بود)	۸۲	شرح جلسات آموزش های کاهش خطر و ارجاع جهت آزمایش اچ آی وی	
	ثابت اطلاعات فرم ارزیابی پایه	۸۳	ثابت اطلاعات فرم ارزیابی پایه	
	ثابت فرم ارزیابی دوره های در پرونده بیمار مطابق پروتکل (ماه های ۱، ۳، ۶، ۹، ۱۲، سپس هر ۶ ماه)	۸۴	ثابت فرم ارزیابی دوره های	
	شرح پیگیری مراجعات بیمار توسط مددکار شرح پیگیری مسائل و مشکلات خانوادگی و شغلی بیمار توسط مددکار شرح بررسی وضعیت مالی بیمار و در صورت امکان رایگان نمودن هزینه برای بیماران نیازمند توسط مددکار	۸۵	شرح گزارش کلی از خدمات صورت گرفته شده در حوزه مددکاری	
	ثابت تحویل داروی آگونیسست به خود بیمار، مصرف دارو در حضور پرستار، تجویز دوز منزل در بسته ها و شیشه های جداگانه به بیمار	۸۶	ثابت تحویل داروی آگونیسست به خود بیمار، مصرف دارو در حضور پرستار	مدخلات پرستاری
	ثابت آزمایش مورفین و متامفتامین حداقل در سه ماه اول هفتگی، ماه ۴ تا ۶ هر دو هفته و سپس ماهانه	۸۷	ثابت آزمایش ادرار مورفین و آزمایش ادرار متامفتامین	
	تطبیق دفتر ثبت داروهای مخدر با پرونده و پرونده بیماران	۸۸	تطبیق دفتر ثبت داروهای مخدر با پرونده و پرونده بیماران	
	تطبیق داروهای موجود و مصرفی با دفتر ثبت داروهای مخدر	۸۹	تطبیق داروهای موجود و مصرفی با دفتر ثبت داروهای مخدر	

نتیجه ارزیابی ۰-۱	استاندارد	ردیف	برون ده
	درج امضای بیماران در فرم تحویل دارو و تکمیل فرم مخصوص عرضه داروهای آگونئیست برای هر بیمار توسط پرستار	۹۰	درج امضای بیماران در فرم تحویل دارو و تکمیل فرم مخصوص عرضه داروهای آگونئیست برای هر بیمار توسط پرستار
	گزارش غیبت بیمار به پزشک مسئول فنی (و مددکار در صورت موجود بودن) توسط پرستار	۹۱	گزارش غیبت بیمار به پزشک مسئول فنی (و مددکار در صورت وجود) توسط پرستار
	چنانچه بیمار در مرحله‌ای است که تنها یک بار در هفته مراجعه دارد، ۶ ظرف استاندارد به بیمار تحویل داده شده و دوز هفتم در واحد مصرف می شود	۹۲	ثبت مصرف دوز آخر داروی آگونئیست، در مرکز تحت نظارت پرستار
	مرکز در ساعت کاری مطابق با پروتکل به فعالیت خود مشغول است و درب مرکز بسته یا تعطیل نیست	۹۳	مرکز در ساعت کاری خود فعال است و تعطیل نیست
	فرم‌های آمار سه ماهه خدمات درمانی به معاونت درمان ارسال می-گردد و مستندات موجود است	۹۴	آمار سه ماهه به معاونت درمان دانشگاه ارسال می‌گردد
	فرم‌های پرستار (تحویل دارو به بیمار) هر یک الی دو ماه به معاونت غذا و دارو تحویل داده می شود و نباید در پرونده بیمار موجود باشد	۹۵	عدم وجود فرم سفید امضا و عدم وجود فرم شماره ۸ (فرم پرستار) ماه‌های قبل
	عدم وجود دوربین مداربسته در اتاق پزشک و روانشناس	۹۶	عدم وجود دوربین در اتاق پزشک و روانشناس
	حضور مسئول فنی با تاخیر نسبت به ساعت فعالیت مرکز	۹۷	حضور مسئول فنی با تاخیر
	حضور پرستار یا روانشناس با تاخیر نسبت به ساعت فعالیت مرکز	۹۸	حضور روانشناس یا پرستار با تاخیر
	تجویز دارو توسط پرستار یا روانشناس یا دیگر پرسنل مرکز	۹۹	تجویز دارو توسط غیرپزشک مسئول فنی
	عدم وجود پرونده‌هایی مربوط به سایر مراکز درمانی	۱۰۰	عدم وجود پرونده مربوط به مراکز دیگر
	قید کردن قطع درمان در فرم‌های مربوطه در پرونده های فعال (فرم‌های شماره ۴ و ۶ و ۸)	۱۰۱	قید کردن قطع درمان در فرم‌های مربوطه در پرونده های فعال
	فروش آزاد دارو	۱۰۲	فروش دارو به غیر بیمار و بدون هویت
	مرکز بدون هماهنگی با معاونت درمان دانشگاه به مکان دیگری منتقل نشده است	۱۰۳	جابجایی مکان مرکز بدون هماهنگی با معاونت درمان
	پرسش از ۵ بیمار در خصوص نوع داروی تحویلی و مطابقت آن با پرونده	۱۰۴	همخوانی پرونده‌های دارویی با نوع داروی تحویلی

فرآیند بازدید مراکز درمان سوء مصرف مواد

- مکان مرکزطبق آدرس درج در پروانه بهره برداری و مجوز آگونیست بررسی گردد.
- تابلوی مرکز مطابق استاندارد پروتکل نصب و هیچ گونه تابلوی غیر مرتبط مشاهده نگردد.
- ساعت فعالیت مرکز در معرض دید مراجعین قرار گیرد.
- در بدو ورود کارشناسان نظارت بر مرکز خود را معرفی نمایند.
- پرسنل حاضر در مرکز باید به معاونت درمان معرفی و تایید شده باشند.
- کارشناسان نظارت به مسئول فنی مرکز مراجعه و کسب اجازه در خصوص انجام بازرسی (در صورت عدم حضور مسئول فنی با هماهنگی پرسنل مرکز از مرکز بازدید بعمل می آید).
- هماهنگی تیم نظارت (هنگام مستقر شدن در مرکز و تقسیم وظایف):
 - الف) کارشناس دارویی: جهت بررسی تطابق دارویی ، امنیت دارو ، دفتر Log book ، فرمهای هشت پرستاری
 - ب) کارشناس نظارت درمان: جهت بررسی پرونده ها ، پروانه های مربوطه، دفتر ثبت و پذیرش ، تجهیزات مرکز و فرمهای مربوط به پرونده ها
- بررسی چینش اتاقها بر اساس استاندارد های دفتر فنی:
 - الف - بررسی اتاق پزشک:
 - ۱-عدم وجود دوربین مداربسته
 - ۲- عدم وجود تجهیزات غیر مرتبط (دستگاه سوراخ کردن گوش، شستشوی گوش، خارج کردن خال و زیبایی و پوست و)
 - ۳-نصب پروانه های بهره برداری،مسئول فنی و مجوز آگونیست از لحاظ :

۳-۱- مطابقت هویت شخص مسئول فنی در مرکز با پروانه مسئول فنی در شیفت مربوطه و اعتبار آن

۳-۲- مطابقت آدرس فعلی مرکز با آدرس درج شده در پروانه بهره برداری و شیفت فعالیت مرکز و اعتبار آن

۳-۳- مطابقت مجوز آگونیست با پروانه بهره برداری و مسئول فنی و اعتبار آن

بررسی اتاق روانشناس:

۱- بررسی گواهی mmt روانشناس مربوطه

۲- چیدمان مناسب اتاق جهت مشاوره

۳- بررسی عدم وجود دوربین مداربسته در اتاق

۴- مستندات گروه درمانی و خانواده درمانی

بررسی اتاق پرستار:

۱- بررسی شرایط مناسب توزیع دارو

۲- بررسی فضای فیزیکی توزیع دارو از لحاظ (کاشی بودن تا سقف)

۳- امنیت دارویی از لحاظ تردد و دسترسی بیماران به دارو ها

۴- داشتن اشل (ظروف مدرج جهت اندازه گیری دقیق دوز دارو)

۵- داشتن بطری مناسب با برچسب هشدار (شیشه های استاندارد نگهداری متادون)

۶- داشتن درب محافظ کودک به تعداد مناسب (بیش از ۴۰٪ بیماران)

۷- بررسی تحویل دارو و تکمیل فرم هشت پرستاری توسط پرستار با امضاء و اثر انگشت شخص بیمار

۸- تکمیل دفتر Log book

۹- وجود تست مورفین و شیشه و چک کردن تاریخ انقضای آن

-بررسی پذیرش مرکز: (مسئولیت پذیرش بیماران می تواند به عهده شخص مستقل یا یکی از پرسنل مرکز باشد)

۱- تکمیل دفتر ثبت و پذیرش روزانه بیماران

۲- تشکیل پرونده برای بیماران

- بررسی پرونده های فعال بیماران:

۱- انتخاب پرونده به صورت تصادفی به میزان ۲۰٪ کل بیماران فعال مرکز

۲- بررسی هویت پرونده های انتخاب شده (وجود کپی کارت ملی و شناسنامه)

۳- بررسی تکمیل صحیح فرم تعهد نامه (شماره ۱) (مشخصات کامل خود بیمار و امضاء و اثر انگشت)

۴- بررسی تکمیل صحیح فرم شماره ۲ و ۳ توسط روانشناس و همچنین درج شماره تماس مجاز با بیمار

۵- بررسی فرم دستورات پزشک (فرم شماره ۴)

۵-۱- تعداد ویزیت بیماران جدید تا ثبات رفتاری (حداقل دو هفته) به صورت روزانه یا یک روز در میان

۵-۲- تعداد ویزیت بیماران قدیمی حداقل ماهی یکبار

۵-۳- اطمینان از تکمیل فرم توسط پزشک

۵-۴- مطابقت تاریخ ثبت ویزیت پزشک با دفتر ثبت و پذیرش روزانه مبنی بر ویزیت واقعی بیمار

۵-۵- ثبت ویزیت پزشک با امضاء و مهر پزشک

۵-۶- در صورت غیبت بیمار کمتر از دو هفته ثبت ویزیت پزشک با دستور انجام تست و کاهش دوز منزل

۵-۷- در صورت لغزش بیمار، ثبت ویزیت پزشک با دستور تست و کاهش دوز منزل

۵-۸- در صورت غیبت بیش از دو هفته قطع درمان توسط پزشک در فرم ۴ ثبت گردد.

۵-۹- دستور تست LFT ثبت گردد.

۵-۱۰- در بدو ورود بیماران برای درمان با دارو های آگونیست دستور و انجام تستهای اعتیاد الزامی و نتیجه آن در

پرونده درج گردد. (فرم شماره ۵)

۶- بررسی تکمیل فرم پیگیری بیمار توسط پزشک (فرم شماره ۵)

۷- بررسی فرم تنظیم دوز متادون توسط پزشک (فرم شماره ۶)

۷-۱- فرم مربوط می بایست از تاریخ حضور بیمار در مرکز تا دوز دریافتی منزل توسط پزشک تعیین گردد.

۷-۲- دوز روزانه بر اساس میلی گرم یا سی سی و یا تعداد قرص توسط پزشک تعیین گردد.

۷-۳- کلیه دستورات تنظیم دوز توسط پزشک می بایست با مهر و امضا ایشان باشد.

۷-۳-۱- فرم مربوط صرفاً توسط پزشک مسئول فنی تکمیل گردد.

۷-۳-۲- فرم مربوط با خودکار تکمیل گردد.

۷-۳-۳- میزان دوز تعیین شده با دفتر ثبت روزانه و فرم هشت پرستاری مطابقت داشته باشد.

۷-۳-۴- در صورت غیبت بیماران بیش از دو هفته قطع درمان توسط پزشک قید گردد.

۸- فرم دستورات روانشناس (فرم شماره ۷):

۸-۱- بررسی تعداد ویزیت روانشناس در خصوص بیماران جدید الورد مطابق با پروتکل

۸-۲- بررسی تعداد ویزیت روانشناس در خصوص بیماران قدیمی حداقل ماهی یکبار

۸-۳- مطابقت تاریخ ویزیت روانشناس با دفتر ثبت و پذیرش روزانه

۸-۴- ثبت شرح حال کامل ویزیت روانشناس

۸-۴-۱- ثبت مشاوره گروه درمانی و خانواده درمانی در دفتر جداگانه

۸-۵- ثبت پیگیریهای غیبت بیماران در صورت عدم حضور مددکار در مرکز

۹- بررسی فرم پرستاری (فرم شماره هشت):

۹-۱- تکمیل فرم مربوطه صرفاً توسط پرستار انجام شود.

۹-۲- تکمیل فرم مربوطه مطابق فرم شماره ۶ تنظیم گردد.

۳-۹- میزان دوز و تاریخ با خودکار تکمیل گردد.

۴-۹- نظارت پرستار بر امضاء و اثر انگشت شخص بیمار (در هر تاریخ ثبت شده فقط یک امضاء و اثر انگشت ثبت گردد).

۵-۹- به ازای هر اثر انگشت و امضاء بیمار در تاریخ معین میزان دوز مصرفی ثبت گردد.

۶-۹- اصل فرمهای مربوط به ماهای قبل می بایست تحویل معاونت غذا و دارو داده شده باشد. و کپی آن در پرونده درج گردد.

۷-۹- در صورت عدم مراجعه و یا غیبت بیش از دو هفته می بایست قطع درمان صورت گیرد.

آیتم های بررسی غیر از موارد فوق به شرح ذیل می باشد:

۱- کلیه اطلاعات درج در بالای فرمها می بایست تکمیل گردد.

۲- پرونده های فعال از غیر فعال تفکیک گردد.

۳- کلیه پرونده ها و فرم ها با سربرگ متعلق به مرکز مورد بازدید باشد.

۴- داروی روزهای غیبت به بیمار داده نشود (طبق پروتکل حداکثر ۲ روز)

۵- کلیه مستندات پرونده بیماران می بایست حداقل ۶ ماه اخیر در پرونده موجود باشد.

۶- پرونده های بیماران به مدت ۱۵ سال در مرکز بایگانی گردد.

۷- بدون تشکیل پرونده نباید دارو به بیماران تحویل داده شود. (به جزء مواردی که بیمار با معرفی نامه به عنوان مهمان به مرکز مراجعه می کند).

۸- کلیه پرونده ها و دارو های آگونیست باید در مرکز مربوطه بایگانی گردد.

۹- تعداد و نوع دارو های آگونیست مرکز مطابق با مجوز مرکز و دارو های توزیع شده توسط معاونت غذا و دارو آن استان بررسی گردد.

۱۰- آب سرد کن جهت مصرف دوز اصلی دارو در مرکز موجود باشد.

۱۱- دارو به افراد غیر بیمار تحویل داده نشود. (فروش داروی آزاد)

۱۲- دارو به همراه بیمار تحویل داده نشود. (در صورت گواهی پزشک معالج بیمار مبنی بر عدم توانایی مراجعه شخص بیمار به مرکز جهت دریافت دارو در یک بازه زمانی مشخص طبق مستندات می توان به یکی از افراد تعیین شده از طرف بیمار (با اخذ تعهد نامه از همراه توسط مرکز) می توانند دوز منزل را به صورت هفتگی به همراه بیمار تحویل دهند.)

۱۳- میزان حداکثر داروی منزل : Tacke home :

۱۳-۱- داروی متادون (قرص و شربت) حداکثر یک هفته

۱۳-۲- داروی تنتوراپیوم حداکثر یک هفته

۱۳-۳- قرص پوپر نورفین حداکثر یک ماه

۱۴- در صورت داشتن دوربین مدار بسته می توان آنرا صرفا در محل نگهداری دارو (جهت امنیت دارو) نصب نمود.

۱۵- دارو های آگونیست باید در گاو صندوق یا مکان امن در مرکز نگهداری گردد.

- بررسی ترالی احیاء:

۱- مکان ترالی احیا می بایست در یکی از اتاق های پزشک یا پرستارمستقر باشد.

۲- دارو های ترالی احیا مطابق چک لیست مربوطه و دارای تاریخ معتبر باشد.

۳- کپسول اکسیژن شارژ شده و قابل استفاده در مرکز باشد.

۴- تجهیزات ترالی احیا مطابق چک لیست معاونت درمان موجود باشد.

۵- یک عدد تخت احیاء استاندارد در اتاق احیاء موجود باشد.

۶- ترالی احیا در کنار تخت احیا قرار گیرد.

به نام خدا

**دستورالعمل نظارت، ارزیابی
و نحوه برخورد با تخلفات
مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد**

دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر

معاونت کاهش تقاضا و توسعه مشارکت‌های مردمی

اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی

مرداد ۹۳

بسمه تعالی

مقدمه: در اجرای تبصره ۲ ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی تعیین مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها موضوع تبصره یک ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، دستورالعمل نظارت، ارزیابی و نحوه برخورد با تخلفات مراکز مزبور که توسط کمیته نظارت کشوری و کمیته درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر تهیه و به تایید رسیده است، به شرح ذیل ابلاغ می‌گردد.

ماده ۱- تعاریف

۱. بازدید: ارزیابی محیطی-دوره‌ای یک مرکز درمانی به منظور افزایش تمهد مرکز به ایمنی و ارتقای کیفیت.
۲. ارزیابی و نظارت: تعیین میزان تطابق برنامه با ضوابط مندرج در دستورالعمل‌ها، پروتکل‌ها و راهنماهای ابلاغی با استفاده از ابزارهایی نظیر فهرست یادآور ارزیابی، آرایه بازخورد به مراجع ذیربط، مؤسس و مسؤول فنی و پیگیری به منظور رفع نواقص
۳. فهرست یادآور ارزیابی: فهرست یادآور (چک لیست) ارزیابی متشکل از مجموعه ضوابط و استانداردهای مندرج در آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، بخشنامه‌ها و پروتکل‌های ابلاغ شده به مراکز درمانی بوده که به صورت اختصاصی برای ارزیابی و نظارت مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب تدوین می‌گردد.
۴. کارشناسان نظارتی: افراد واجد شرایط نظارت بر خدمات درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان که در طول بازدید مرکز درمانی را مورد نظارت و ارزیابی قرار می‌دهند.
۵. خودارزیابی: تکمیل فهرست یادآور ارزیابی توسط مسؤول فنی مرکز به صورت دوره‌ای به منظور تسهیل فرآیندهای ارزیابی و نظارت
۶. سامانه ارزیابی و نظارت: سامانه ثبت و گزارش‌گیری داده‌های مرتبط با خودارزیابی، ارزیابی و نظارت بر مراکز درمانی

ماده ۲- اهداف

۱. بهبود و ارتقای فرآیند بازدید، ارزیابی، نظارت و اعتباربخشی مراکز در سطح ملی و استانی (منطقه‌ای) به منظور:
 - ✓ ارتقای کیفیت و اثربخشی خدمات قابل ارائه در مراکز درمانی
 - ✓ ارتقای ایمنی و کاهش عوارض جانبی خدمات ارائه شده در مراکز درمانی
 - ✓ ارتقای رضایت و رعایت حقوق مراجعین
 - ✓ ارتقای سطح آگاهی کارکنان مراکز و کارشناسان نظارتی از حقوق و مسؤولیت‌های خود

ماده ۳- ساختار و وظایف

۱. نظارت بر درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور توسط کمیته نظارت کشوری موضوع ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد صورت می‌گیرد. رییس این کمیته، معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و دبیرخانه آن در دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی) مستقر می‌باشد.
۲. منطبق با ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب موضوع ماده ۱۵ قانون، اعضای کمیته نظارت کشوری شامل ۹ نفر متشکل از سه نفر نماینده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت درمان، معاونت بهداشت و سازمان غذا و دارو)، سه نفر نماینده از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی کشور، امور بیمه‌ای و امور آسیب‌های اجتماعی)، یک نفر از سازمان نظام پزشکی کشور و دو نفر نماینده از دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی و دفتر توسعه مشارکت‌های مردمی و سازمان‌های مردم‌نهاد) هستند.
۳. تشکیل جلسات کمیته نظارت کشوری هر سه ماه یک بار الزامی است.
۴. نظارت بر عملکرد مراکز درمان و کاهش آسیب در سطح استانی (منطقه‌ای) توسط کمیته نظارت استانی [منطقه‌ای] موضوع تبصره ۱ ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد صورت می‌گیرد.
۵. رییس این کمیته رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان (منطقه) بوده و اعضای آن شامل نمایندگان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، نماینده اداره کل بهزیستی استان، نماینده سازمان نظام پزشکی استان، کارشناس درمان و حمایت‌های اجتماعی (دبیر کمیته) و کارشناس مرتبط با حوزه مشارکت‌های مردمی دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان هستند.
۶. تشکیل جلسات کمیته نظارت استانی (منطقه‌ای) به صورت ماهانه الزامی است.
۷. وظایف کمیته نظارت استانی عبارت است از:
 - ✓ برنامه ریزی سالانه ارزیابی و نظارت
 - ✓ معرفی مؤسسات مجری نظارت و اعتباربخشی (انجمن‌های علمی، حرفه‌ای و مؤسسات خصوصی) برای تأیید کمیته نظارت کشوری
 - ✓ جمع‌بندی و گزارش نتایج ارزیابی، نظارت و اعتباربخشی به صورت دوره‌ای (شش ماه یک بار) به کمیته نظارت کشوری
 - ✓ نظارت بر حسن اجرای فرآیندهای ارزیابی و نظارت و فعالیت مؤسسه/مؤسسات نظارت و اعتباربخشی
 - ✓ تصمیم‌گیری در مورد به کارگیری نتایج ارزیابی، نظارت و اعتباربخشی
۸. بازدید مراکز توسط گروه کارشناسان نظارتی انجام می‌پذیرد که متشکل از نمایندگان زیر است:
 - ✓ کارشناس نظارت بر درمان معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی

✓ کارشناس درمان اعتیاد از سازمان بهزیستی

✓ کارشناس معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی

✓ کارشناس بهداشت و درمان اداره کل زندان‌های استان

✓ کارشناس مراکز غیردولتی سازمان بهزیستی

✓ نماینده سازمان نظام پزشکی

✓ عضو هیأت علمی یا محقق از گروه‌های آموزشی یا مراکز تحقیقاتی مرتبط در دانشگاه

تبصوه- ترکیب گروه کارشناسان نظارتی برای هر یک از مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب از سوی کمیته نظارت استانی (منطقه ای) تعیین خواهد شد.

۹. کارشناس نظارتی باید حداقل دارای مدرک کارشناسی در رشته‌های حرف پزشکی و وابسته پزشکی (نظیر مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، پرستاری، مامایی و...)، روان‌شناسی، مددکاری اجتماعی یا سایر کارشناسان موضوعی مرتبط باشد.

۱۰. کارشناسان نظارت باید دوره آموزش مصوب کمیته نظارت کشوری را گذرانده و در برنامه‌های آموزشی سالانه مرتبط با حوزه نظارت ابلاغی از سوی کمیته نظارت کشوری شرکت نمایند.

۱۱. افراد واجد شرایط پس از معرفی از سوی دستگاه متبوع به کمیته نظارت استانی (منطقه‌ای) و تأیید کمیته، می‌توانند به عنوان کارشناس نظارت وظیفه بازدید از مراکز درمانی را بر عهده بگیرند.

۱۲. در صورت واگذاری فرآیند ارزیابی، نظارت و اعتباربخشی مراکز درمانی به مؤسسات در بخش غیردولتی، مسؤلیت تأمین کارشناسان نظارتی واجد شرایط بر عهده مؤسسه نظارت و اعتباربخشی مربوطه خواهد بود.

۱۳. بازدید مراکز با استفاده از چک لیست اختصاصی هر یک از انواع مراکز انجام شده و نتایج آن پس از ثبت در سامانه ارزیابی و نظارت به کمیته نظارت استانی (منطقه‌ای) ارائه می‌گردد.

۱۴. کارشناسان نظارتی باید منشور اخلاقی رازداری و حفظ امانت را امضاء نمایند.

۱۵. مسوول گروه کارشناسان نظارتی به تناسب نوع مرکز درمانی و مرجع صدور مجوز (موضوع تبصره ۲ ماده ۳ آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۵) در مراکز دارای مجوز از دانشگاه علوم پزشکی توسط معاون درمان و در مراکز دارای مجوز از سازمان بهزیستی کشور، توسط مدیر کل بهزیستی استان تعیین می‌گردد.

۱۶. اعمال نظارت از طریق کمیته‌های نظارت کشوری و استانی نافی مسؤلیت نظارت دستگاه‌های ذی‌ربط نیست.

ماده ۴- فرآیندها، رویه‌ها و استانداردها

فرآیند اصلی در سطح مرکز درمانی از مراحل زیر تشکیل شده است:

۱. ثبت مستمر فرآیندهای درمان در پرونده بیمار، نرم افزار ثبت خدمات سوءمصرف مواد و یا سایر قالب های ابلاغی از مراجع ذی-ربط
۲. خودارزیابی مرکز توسط مسؤول فنی و ارایه نتایج آن به کمیته نظارت استانی (منطقه‌ای) از زمان بهره‌برداری در دوره‌های زمانی تعیین شده به صورت مکتوب، نامه الکترونیک، سامانه آنلاین و غیره
فرآیند اصلی در سطح کمیته‌های نظارت استانی (منطقه‌ای) و کشوری از مراحل زیر تشکیل شده است:
۳. ارزیابی عملکرد هر مرکز توسط کارشناسان نظارتی هر ۶ ماه یک بار از زمان بهره‌برداری از طریق بازدید حضوری و یا استفاده از فهرست یادآور اختصاصی و تدوین گزارش وضعیت هر مرکز و ارایه به کمیته نظارت استانی (منطقه‌ای) و واحدهای مرتبط در دانشگاه علوم پزشکی و ادارات کل استانی سازمان بهزیستی
۴. کارشناسان نظارتی باید حداقل بیست درصد پرونده های هر مرکز را مرور نموده و نتیجه را در فهرست یادآور ثبت نمایند. لازم است شیوه نمونه‌گیری به کلیه کارشناسان نظارتی آموزش داده شود.
۵. فهرست یادآور ارزیابی باید در خاتمه بازدید به امضای اعضای گروه کارشناسان نظارتی و مسؤول فنی مرکز رسیده و جهت تصمیم‌گیری به رییس کمیته نظارت استانی ارسال می گردد.
۶. تطبیق نتایج بازدیدها در جلسه کمیته نظارت استانی (منطقه‌ای) و ارایه بازخورد به مراکز بازدید شده به مسؤول فنی و مؤسس مرکز
۷. مسؤول فنی و یا مؤسس مرکز موظف است حداکثر ظرف مدت یک ماه از زمان ابلاغ نسبت به اصلاح موارد درخواست شده اقدام نماید.
- تبصره ۵- برخی تخلفات نظیر عدم حضور مسؤول فنی، تخلفات مرتبط با داروهای آگونیسست و امثال آن باید به محض ابلاغ به فوریت توسط مسؤول فنی و یا مؤسس مرکز رفع و اصلاح گردد.
۸. گروه کارشناسان نظارتی مکلف است حداکثر ظرف یکماه بعد از ابلاغ، یا بازدید مجدد از رفع نقائص اطمینان حاصل نماید.
۹. تحلیل نتایج آخرین ارزیابی و نظارت حضوری مراکز در کمیته نظارت استانی (منطقه‌ای) به صورت سالانه و ارایه نیم‌رخ استانی (منطقه‌ای) ارزیابی و نظارت مراکز به کمیته نظارت کشوری
۱۰. بررسی سالانه عملکرد مراکز مجاز درمان بر اساس گزارش کمیته‌های نظارت استانی (منطقه‌ای) و همچنین ارزیابی عملکرد کمیته‌های نظارت استانی (منطقه‌ای) توسط کمیته نظارت کشوری انجام می پذیرد و اتخاذ تصمیم در جهت ارتقاء و ارایه گزارش سالانه به کمیته درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر از دیگر وظایف کمیته نظارت کشوری خواهد بود .
۱۱. مراکز بر اساس نتایج ارزیابی و نظارت در سه محدوده به شرح زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

✓ محدوده سبز به معنای رعایت حداقل ۸۰ درصد ضوابط و استانداردهای مندرج در آخرین گزارش ارزیابی و نظارت که شایسته تشویق در نظر گرفته شده و تداوم فعالیت مرکز در دوره‌های زمانی پیش‌بینی شده بلامانع است.

✓ محدوده زرد به معنای رعایت ۶۰ تا ۸۰ درصد از ضوابط و استانداردهای مندرج در آخرین گزارش ارزیابی و نظارت که نیاز به اقدامات اصلاحی و ارتقایی از جانب مسؤول فنی و یا مؤسس مرکز بوده و تداوم فعالیت مرکز به صورت موقت و مشروط به رفع نواقص بلامانع بوده و مراحل پیگیری جهت رفع نواقص منطبق با بند ۱ ماده ۵ این دستورالعمل خواهد بود.

✓ محدوده قرمز به معنای رعایت کمتر از ۶۰ درصد ضوابط و استانداردهای مندرج در آخرین گزارش ارزیابی و نظارت بوده که پروانه فعالیت مرکز تمدید نشده و تمدید پروانه منوط به رفع نواقص خواهد بود.

۱۲. برخی از ضوابط فهرست یادآور ارزیابی ستاره‌دار بوده و عدم احراز آنها بدون توجه به نتایج بند ۱۱ موجب قرار گرفتن در محدوده قرمز می‌شود.

۱۳. داده های لازم در چارچوب خودارزیابی مراکز به صورت مکتوب، نامه الکترونیک، سامانه آنلاین و غیره به طور مستمر در سطح استانی و کشوری جمع‌بندی و تحلیل می‌شود و فهرست مراکز در محدوده قرمز، زرد و سبز مشخص می‌شود.

۱۴. نگهداری سوابق و پرونده‌های مراجعان به صورت کاغذی یا الکترونیک، حداقل به مدت ۱۵ سال در تمام مراکز الزامی است. اطلاعات مرتبط با هر یک از مراجعان محرمانه بوده و انعکاس آن به مراجع استعمال‌کننده فقط در چارچوب قوانین و مقررات و با رعایت ضوابط مربوطه مجاز است.

ماده ۵- نحوه برخورد با تخلفات

۱. تخلفات شامل نقض آن دسته از قوانین، ضوابط، آئین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های ابلاغی هستند که یا در شمول برخورد مطابق با قانون تعزیرات حکومتی قرار می‌گیرند و یا خارج از آن هستند که باید برحسب مورد به سایر مراجع قانونی منعکس گردند که براساس نوع تخلف مجازات‌های ذیل اعمال خواهد گردید:

الف- بار اول تذکر شفاهی با قید موضوع در صورت جلسه بازدید گروه کارشناسان نظارتی

ب- بار دوم اخطار کتبی توسط گروه کارشناسان نظارتی حداقل به فاصله یک ماه پس از تذکر شفاهی

ج- بار سوم اخطار کتبی توسط کمیته نظارت استانی (منطقه‌ای) به فاصله یک ماه از اخطار کتبی قبلی و تصمیم‌گیری در خصوص کاهش سهمیه داروی آگونیسست در مراکز یا واحدهای درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیسست

د- در صورت تکرار و عدم توجه به تذکرات قبلی اعم از شفاهی و کتبی کاهش/قطع سهمیه واحد درمان وابستگی به مواد مخدر یا داروهای آگونیسست و احاله به مراجع ذی‌صلاح جهت رسیدگی

تبصره ۱- مرجع ذی‌صلاح جهت رسیدگی و تشخیص وقوع جرم مراکز دارای مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کمیسیون ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتی (در امور بهداشتی و درمانی) مصوب سال ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام و برای مراکز دارای مجوز از سازمان بهزیستی کشور کمیسیون قانونی مربوطه خواهد بود. نگهداری، خرید، فروش، توزیع یا تجویز غیرمجاز داروهای مخدر و روانگردان به دادگاه انقلاب اسلامی ارجاع شده و سایر موارد حسب مورد به مراجع قضایی ذی‌صلاح معرفی می‌گردند.

تبصره ۲- در صورتی که اعمال انجام شده موضوع بند د منطبق با تخلفات حرفه‌ای کارکنان جرف پزشکی باشد، به تشخیص کمیته نظارت استانی (منطقه‌ای) موضوع به هیأت انتظامی سازمان نظام پزشکی ارجاع خواهد شد.

تبصره ۳- در مواردی که تخلف مرتبط با نشست داروی آگونیست مرکز به گونه‌ای باشد که منجر به ارجاع آن به دادگاه انقلاب اسلامی شده و یا موجب خسارات جسمی و روانی غیرقابل جبران به تشخیص و تأیید کمیته نظارت استانی گردد، مرکز بدون اعمال مجازات‌های مندرج در بندهای «الف»، «ب» و «ج»، مشمول بند «د» خواهد گردید.

تبصره ۴- در خصوص مراکز دارای مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آراء صادره از سوی مراجع قضائی اعم از تعطیلی موقت یا دائم مؤسسه، ابطال پروانه و... جهت اجرا به کمیسیون قانونی صادرکننده مجوز اعلام می‌گردد.

۲. تأسیس هرگونه مرکز یا ارایه هر گونه خدمات درمان و کاهش آسیب خارج از آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد موضوع تبصره یک ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و یا چارچوب‌های قانونی مصوب کمیته درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر ممنوع بوده، موجب تعطیلی مرکز/برنامه درمانی با ابلاغ رییس کمیته نظارت استانی (منطقه‌ای) و ارجاع پرونده به مراجع ذیصلاح از طریق کمیته نظارت استانی (منطقه‌ای) خواهد بود.

۳. در صورت حکم به تعلیق یا لغو مجوز بهره‌برداری (تأسیس) مرکز درمانی، دستگاه مرجع صادرکننده مجوز موظف است نسبت به هماهنگی جهت تداوم درمان بیماران در سایر مراکز درمانی اقدام نماید.

تبصره ۵- در صورت حکم به تعلیق یا لغو مجوز بهره‌برداری (تأسیس) مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست، معاونت غذا و دارو موظف است باقیمانده داروهای آگونیست موجود در مرکز را تحویل بگیرد.

ماده ۶- منابع

۱. منابع لازم برای اجرای دستورالعمل حاضر سالانه توسط کمیته نظارت کشوری محاسبه و از محل منابع پیش‌بینی شده در تبصره یک و دو ماده سوم فصل دوم دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز درمان تأمین خواهد شد.

۲. در صورت تصویب کمیته نظارت کشوری، نیروی انسانی لازم برای ارزیابی و نظارت مراکز توسط کمیته نظارت استانی (منطقه-ای) بر اساس بند "و" ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه از طریق مؤسسات غیردولتی که بر اساس آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های ابلاغی مصوب فعالیت خواهند کرد قابل تأمین است.

۳. شرایط صدور مجوز مؤسسات ارزیابی، نظارت و اعتباربخشی غیردولتی توسط کمیته نظارت بر درمان کشوری تدوین و ابلاغ خواهد شد.

۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی به طور مشترک مسؤلیت توانمندسازی کارشناسان نظارتی، مؤسسات ارزیابی، نظارت و اعتباربخشی، مسؤولان فنی، مدیران و کارکنان مراکز مجاز در سطح کشور (به ویژه در زمان دریافت مجوزها) را بر عهده دارند و برنامه سالانه توانمندسازی پس از تدوین باید به تصویب کمیته نظارت کشوری برسد.

این دستورالعمل در ۷ صفحه شامل مقدمه، ماده ۶، ۴۴ بند و ۷ تبصره تدوین و از تاریخ ابلاغ لازم‌الاجراست.

پرسشنامه رضایت مراجع

CSQ-8

لطفاً با جواب دادن به این سؤال‌ها به ما کمک کنید تا خدماتی که در این مرکز ارائه می‌دهیم بهبود بخشیم. پاسخ صادقانه شما چه مثبت باشد و چه منفی برای ما بسیار ارزشمند است. لطفاً به همه سؤالات پاسخ دهید. در ضمن از هرگونه پیشنهاد و نظر شما استقبال می‌کنیم. از همکاری و کمک شما سپاسگزاریم.

دور پاسخ مورد نظرتان دایره بکشید.

۱- به نظر شما کیفیت خدماتی که به شما ارائه می‌شود در چه حد است؟

۱	۲	۳	۴
بد	متوسط	خوب	عالی

۲- همان نوع خدماتی را که می‌خواستید دریافت کردید؟

۴	۳	۲	۱
بله، کاملاً	بله، تقریباً	نه، تقریباً نه	نه، اصلاً

۳- خدمات این مرکز تا چه حد نیازهای شما را برآورد کرده است؟

۱	۲	۳	۴
هیچ یک از نیازهایم را برآورده نکرده است	تنها بخشی از نیازهایم را برآورده کرده است	اکثر نیازهایم را برآورده کرده است	تقریباً تمام نیازهایم را برآورده کرده است

۴- اگر از دوستان تان کسی نیاز به خدمات و کمکی مشابه داشته باشد، شما این مرکز را به او پیشنهاد می‌کنید؟

۴	۳	۲	۱
بله، کاملاً	بله، گمان می‌کنم	نه، گمان نمی‌کنم	نه، اصلاً

۵- از میزان کمک و خدماتی که به شما ارائه شده، چقدر راضی هستید؟

۴	۳	۲	۱
خیلی راضی	تا حد زیادی راضی	نظری ندارم، یا کمی ناراضی	کاملاً ناراضی

۶- آیا این خدماتی که به شما ارائه می‌شود، به شما کمک کرده تا بهتر از عهده مشکلات تان برآیید؟

۱	۲	۳	۴
---	---	---	---

بله، کمک زیادی کرده	بله، تا حدی کمک کرده	نه، کمکی نکرده	نه، به نظر مشکلات را شدیدتر کرده
---------------------	----------------------	----------------	----------------------------------

۷- در مجموع، چقدر از خدماتی که به شما ارائه شده راضی هستید؟

۴	۳	۲	۱
خیلی راضی	تا حد زیادی راضی	نظری ندارم، یا کمی ناراضی	کاملاً ناراضی

۸- اگر زمانی نیاز به کمک داشته باشید، دوباره به این مرکز مراجعه می‌کنید؟

۱	۲	۳	۴
نه، اصلاً	نه، گمان نمی‌کنم	بله، گمان می‌کنم	بله، کاملاً

نمره‌دهی:

نمره‌دهی بر اساس مجموع نمره کسب شده در هر پرسش است. نمره‌دهی در سؤالات ۲، ۴، ۵ و ۸ معکوس نمره‌دهی سایر

سؤالات است.