

ICD-10 SYMPTOM CHECKLIST FOR MENTAL DISORDERS

Psychoactive Substance Use Syndromes Module

The ICD-10 Symptom Checklist for Mental Disorders

© World Health Organization 2004

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications—whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Publications, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

Acknowledgements

Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization by A. Mokri, N. Moshtagh, G. Mostashari and M. Vazirian. Back translation was conducted by K. Motashari.

The translated document was reviewed and edited by:

Hadadi M.R.
Malekzadeh A.
Mirhaghani L.
Mirhaghani N.
Mokri P.
Moussavi
Nouri MRF.
Razzaghi EM.
Salehi J.
Taherinakhost HR.

پیش مصاحبه پایه

قسمت ب: فهرست علامت‌زنی ICD-10

سؤالات زیر درباره علائم مرتبط با مصرف هروئین، تریاک و یا سایر مواد افیونی است، که به خاطر آنها درمان می‌گیرد. سؤالات دقیقاً مربوط به زمان قبل از شروع درمان فعلی است.

در سؤالات زیر، به جای اصطلاح مواد، نام مواد مخدر مورد استفاده بیمار را به کار برید.

ب ۱) آیا شما میل قوی و احساس اجبار در مصرف مواد داشتید؟ (وسوسه)	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
ب ۲) آیا احساس می‌کردید که کنترل مصرف مواد برای شما دشوار یا غیر ممکن است؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
ب ۳) آیا اگر مدتی مواد مصرف نمی‌کردید دچار علائم ترک یا محرومیت می‌شدید؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
ب ۴) آیا برای فرار از علائم ترک (خماری) یا کاهش آن از مواد استفاده می‌کردید؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
ب ۵) آیا احساس می‌کردید که برای رسیدن به اثرات روانی و جسمی سابق مواد نیازمند مصرف مقادیر بیشتری هستید؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
ب ۶) آیا به تدریج، به مرحله‌ای رسیدید که دیگر الگوی مصرف مواد خود را تغییر نمی‌دهید؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
ب ۷) آیا به خاطر مصرف مواد مخدر بیش از پیش از سایر علائق و فعالیت‌های لذت‌بخش خود دست کشیدید؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
ب ۸) آیا به واسطه مصرف مواد دچار آسیب‌های روانی یا جسمی شدید؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
ب ۹) آیا با وجود عوارض مضر آشکار، به مصرف مواد مخدر خود ادامه دادید؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
ب ۱۰) چه مدت است که این الگوی مشکل‌دار مصرف مواد را تجربه می‌کنید؟	الف-/..... سال ب-/..... ماه	

در صورتی که ۳ مورد یا بیشتر از موارد ب ۱، ب ۲، ب ۳، ب ۴، ب ۵، ب ۷، ب ۹، وجود داشته باشد وابستگی به مواد وجود دارد.

بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
ب- اگر وجود دارد نوع ماده را مشخص نمایید.	

اگر پاسخ ب ۱۱ بلی است به قسمت اخذ رضایت‌نامه مراجعه نمایند.
اگر نه ← بیمار واجد شرایط شرکت در طرح نیست.