

WZÓR

Indywidualny kwestionariusz sprawozdawczy osoby zgłaszającej się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych

Informacja dla osoby przeprowadzającej wywiad

Przed przystąpieniem do realizacji wywiadu proszę poinformować pacjenta o anonimowości, celu i sposobie wykorzystania informacji gromadzonych w ramach wywiadu oraz o możliwości odmowy wzięcia udziału w wywiadzie w celu wypełnienia kwestionariusza albo odmowy udzielenia odpowiedzi na poszczególne pytania zawarte w kwestionariuszu, jeżeli udzielenie odpowiedzi naruszałoby, w ocenie pacjenta, jego poczucie prywatności lub godności. Informacje zbierane w kwestionariuszu są wykorzystywane wyłącznie w celach analiz statystycznych w sposób zapewniający pełną anonimowość pacjenta. Anonimowe dane przekazywane są do Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w celu dalszej analizy zbiorczej. Analiza danych o populacji osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych pozwala śledzić trendy w zakresie używania narkotyków oraz aktualnej sytuacji osób uzależnionych. Pozwala to na lepsze dostosowanie oferty do aktualnej sytuacji pacjentów.

Pytanie	Odpowiedzi												
1. Identyfikator pacjenta													zakodowana informacja o płci ¹⁾
	<i>pierwsza litera imienia</i>	<i>druga litera imienia</i>	<i>pierwsza litera nazwiska</i>	<i>druga litera nazwiska</i>	dzień		miesiąc		rok				
data urodzenia – dzień, miesiąc, rok													
2. Data kontaktu z placówką – dzień, miesiąc, rok													
	dzień			Miesiąc				rok					
3. Kto skierował pacjenta?	<input type="checkbox"/> 1. sąd/prokurator/kurator/policja						<input type="checkbox"/> 5. placówka opiekuńczo-wychowawcza						
	<input type="checkbox"/> 2. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej						<input type="checkbox"/> 6. sam, rodzina, znajomi (bez udziału żadnej instytucji)						
	<input type="checkbox"/> 3. Inny podmiot leczniczy prowadzący leczenie lub rehabilitację osób uzależnionych						<input type="checkbox"/> 7. inne						
	<input type="checkbox"/> 4. inny podmiot leczniczy lub jednostka pomocy społecznej						<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono						
4. Czy pacjent kiedykolwiek był leczony w jakimkolwiek podmiocie leczniczym z powodu używania środków	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nie był leczony w żadnej placówce												
	<input type="checkbox"/> 2. był poprzednio leczony w jakiegokolwiek placówce												
	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono												

¹⁾ 1. mężczyzna, 2. kobieta, 0. nie ustalono

odurzających lub substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych?					
5. Rok pierwszego w życiu leczenia					Należy wpisać cztery cyfry roku podjęcia pierwszego leczenia; jeżeli nie ustalono roku lub jeżeli pacjent nie był leczony, nic nie wpisywać (zostawić puste).
6. Z kim pacjent mieszka? (dotyczy ostatnich 30 dni)	<input type="checkbox"/> 1. sam			<input type="checkbox"/> 5. w noclegowniach lub w innych instytucjach	
	<input type="checkbox"/> 2. z rodziną pochodzenia (np. rodzice)			<input type="checkbox"/> 6. inne	
	<input type="checkbox"/> 3. z partnerem/partnerką			<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono	
	<input type="checkbox"/> 4. u znajomych (brak pokrewieństwa)				
7. Posiadanie dzieci	<input type="checkbox"/> 1. bezdzietny			<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono	
	2. posiadający dzieci ²⁾ :				
	<input type="checkbox"/> 2.1. posiadający dzieci i z nimi niezamieszkujący	<input type="checkbox"/> 2.2. posiadający dzieci i z nimi zamieszkujący			
8. Status zamieszkania (dotyczy ostatnich 30 dni)	<input type="checkbox"/> 1. miejsce zamieszkania			<input type="checkbox"/> 3. inne	
	<input type="checkbox"/> 2. miejsce pobytu inne niż miejsce zamieszkania lub bezdomność			<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono	
9. Miejsce zamieszkania/pobytu – nazwa miejscowości, gminy, powiatu i województwa ³⁾ (dotyczy ostatnich 30 dni)	Nazwa województwa			Nazwa powiatu	
	Nazwa gminy			Nazwa miejscowości	
10. Miejsce zamieszkania/pobytu – identyfikator jednostki podziału terytorialnego zgodnie z rejestrem TERYT ⁴⁾ (dotyczy ostatnich 30 dni)					Wpisać identyfikator miejsca zamieszkania (gminy)
	<input type="checkbox"/> 0000000. nie ustalono				
	<input type="checkbox"/> 9999999. inne kraje niż Polska				

²⁾ W przypadku gdy pacjent posiada dzieci, należy wybrać jedną z poniższych kategorii, tj. określić, czy w okresie ostatnich 30 dni pacjent zamieszkiwał lub nie zamieszkiwał z dziećmi.

³⁾ W przypadku wersji elektronicznej kwestionariusza wypełnienie pól dotyczących miejsca zamieszkania spowoduje automatyczne wygenerowanie identyfikatora z Krajowego Rejestru Urzędowego Podziału Terytorialnego Kraju TERYT.

⁴⁾ W przypadku wersji papierowej kwestionariusza należy samodzielnie wprowadzić identyfikator zgodnie z Krajowym Rejestrem Urzędowym Podziału Terytorialnego Kraju TERYT.

11. Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> 1. polskie	<input type="checkbox"/> 3. państwa innego niż państwo członkowskie Unii Europejskiej
	<input type="checkbox"/> 2. innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono
12. Aktywność zawodowa (dotyczy ostatnich 30 dni)	<input type="checkbox"/> 1. zatrudnienie tymczasowe/praca dorywcza	<input type="checkbox"/> 5. ekonomicznie nieaktywny (rencista, emeryt, prowadzący gospodarstwo domowe itp.)
	<input type="checkbox"/> 2. zatrudnienie stałe	<input type="checkbox"/> 6. inne
	<input type="checkbox"/> 3. uczeń/student	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono
	<input type="checkbox"/> 4. bezrobotny	
13. Poziom wykształcenia (najwyższe ukończone)	<input type="checkbox"/> 1. podstawowe nieukończone lub bez wykształcenia szkolnego	<input type="checkbox"/> 6. średnie policealne
	<input type="checkbox"/> 2. podstawowe	<input type="checkbox"/> 7. wyższe – licencjat
	<input type="checkbox"/> 3. gimnazjalne	<input type="checkbox"/> 8. wyższe – magisterskie
	<input type="checkbox"/> 4. zasadnicze zawodowe / zasadnicze branżowe	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono
	<input type="checkbox"/> 5. Średnie / średnie branżowe / średnie maturalne	

14. Używanie substancji (dotyczy wyłącznie pozamedycznego używania substancji w okresie ostatnich 30 dni ⁵⁾)					
	Status ⁶⁾	Sposób przyjmowania	Częstość używania	Wiek pierwszego użycia	Wiek rozpoczęcia regularnego używania
Rodzaj	1 – podstawowy	1 – iniekcje	1 – codziennie	00 – nie ustalono	00 – nie ustalono
	2 – pierwszy dodatkowy	2 – palenie/ wdychanie	2 – używał 4–6 dni na tydzień		
	3 – kolejne dodatkowe	3 – jedzenie/picie	3 – używał 2–3 dni na tydzień		
	0 – nie ustalono	4 – wciąganie przez nos (sniff)	4 – używał raz na tydzień lub rzadziej		
		5 – inne	5 – nie używał w okresie ostatnich 30 dni		
		0 – nie ustalono	0 – nie ustalono		99 – nie używał regularnie

⁵⁾ W przypadku gdy pacjent w okresie ostatnich 30 dni był poddawany detoksykacji, nie używał substancji lub był pozbawiony wolności, należy zebrać informacje o używaniu substancji w okresie 30 dni przed wystąpieniem tych okoliczności. Wyjątek ten dotyczy tylko substancji, które stwarzają pacjentowi najwięcej problemów.

⁶⁾ W tej kolumnie powinna być wprowadzona jedna wartość „1”, nie więcej niż jedna wartość „2” i dowolna liczba wartości „3”.

1) heroina							
2) metadon							
3) buprenorfina							
4) fentanyl							
5) inne pochodne fentanylu (nowe fentanyle) (<i>jakie?</i>)							
6) opiaty produkowane domowym sposobem (kompot)							
7) inne opioidy (<i>jakie?</i>)							
8) kokaina							
9) crack							
10) inne formy kokainy (<i>jakie?</i>)							
11) amfetamina							
12) metamfetamina							
13) MDMA (ecstasy)							
14) inne fenetylaminy o działaniu stymulującym (<i>jakie?</i>)							
15) syntetyczne katynony (<i>jakie?</i>)							
16) inne stymulanty (<i>jakie?</i>)							
17) barbiturany							
18) benzodiazepiny							
19) inne leki uspokajające i nasenne (<i>jakie?</i>)							
20) inne leki (<i>jakie?</i>)							
21) GHB/GBL							
22) LSD							
23) ketamina							
24) grzyby halucynogenne							

25) fenetylaminy o działaniu halucynogennym (<i>jakie?</i>)							
26) inne halucynogeny (<i>jakie?</i>)							
27) substancje wziewne							
28) marihuana							
29) genetycznie zmienione konopie (skun)							
30) haszysz							
31) syntetyczne kannabinoidy (<i>jakie?</i>)							
32) inne formy konopi (<i>jakie?</i>)							
33) alkohol							
34) inne substancje ⁷⁾ (<i>jakie?</i>)							
15. Czy więcej niż jedna substancja mogłaby posiadać status podstawowej?	<input type="checkbox"/> 1. tak	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono					
	<input type="checkbox"/> 2. nie						
16. Leczenie substytucyjne otrzymywane – metadon	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nieotrzymywane	<input type="checkbox"/> 3. obecnie (<u>w okresie ostatnich 30 dni</u>)					
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek w życiu, ale nie obecnie	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono					
17. Leczenie substytucyjne otrzymywane – buprenorfina ⁸⁾	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nieotrzymywane	<input type="checkbox"/> 3. obecnie (<u>w okresie ostatnich 30 dni</u>)					
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek w życiu, ale nie obecnie	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono					
18. Leczenie substytucyjne otrzymywane – inne substancje (<i>jakie?</i>)	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nieotrzymywane	<input type="checkbox"/> 3. obecnie (<u>w okresie ostatnich 30 dni</u>)					
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek w życiu, ale nie obecnie	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono					
19. Wiek, w którym pacjent rozpoczął pierwsze w życiu leczenie substytucyjne	Wpisać wiek pierwszego leczenia substytucyjnego						
	<input type="checkbox"/> 00. nie ustalono						
	<input type="checkbox"/> 99. nigdy nie otrzymywał leczenia substytucyjnego						
20. Używanie środków	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nie używał w iniekcjach						

⁷⁾ W tej kategorii należy wskazać używanie substancji niewymienionych w kategoriach powyżej, w tym środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Należy także podać ich nazwy chemiczne lub potoczne.

⁸⁾ W tej kategorii należy także wskazać przypadki leczenia substytucyjnego z zastosowaniem preparatów zawierających buprenorfinę wraz z innymi substancjami czynnymi.

odurzających lub substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w iniekcjach	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek używał w iniekcjach ⁹⁾ :		
	<input type="checkbox"/> 2.1. używał w iniekcjach, ale nie w okresie ostatnich 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> 2.2. używał w iniekcjach w okresie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w okresie ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/> 2.3. obecnie używa w iniekcjach (<u>dotyczy ostatnich 30 dni</u>)
	<input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi		
	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono		
21. Wiek pierwszej iniekcji			<i>Wpisać wiek pierwszej w życiu iniekcji</i>
	<input type="checkbox"/> 00. nie ustalono		
	<input type="checkbox"/> 99. nigdy nie używał w iniekcjach		
22. Dzielenie się igłami lub strzykawkami	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nie dzielił się igłami lub strzykawkami		
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami ¹⁰⁾ :		
	<input type="checkbox"/> 2.1. dzielił się igłami lub strzykawkami, ale nie w okresie ostatnich 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> 2.2. dzielił się igłami lub strzykawkami w okresie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w okresie ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/> 2.3. obecnie dzieli się igłami lub strzykawkami (<u>dotyczy ostatnich 30 dni</u>)
	<input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi		
	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono		
23. Test w kierunku HIV	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nie był badany		
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek był badany ¹¹⁾ :		
	<input type="checkbox"/> 2.1. badany, ale nie w okresie ostatnich 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> 2.2. badany w okresie ostatnich 12 miesięcy	
	<input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi		
	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono		
24. Status HIV	<input type="checkbox"/> 1. badany – wynik dodatni	<input type="checkbox"/> 4. nie był badany w okresie ostatnich 12 miesięcy	
	<input type="checkbox"/> 2. badany w okresie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik ujemny	<input type="checkbox"/> 0. nie ustalono	
	<input type="checkbox"/> 3. badany w okresie ostatnich 12 miesięcy – ostatni wynik nieznany		
25. Test w kierunku HCV	<input type="checkbox"/> 1. nigdy nie był badany		
	<input type="checkbox"/> 2. kiedykolwiek był badany ¹²⁾ :		
	<input type="checkbox"/> 2.1. badany, ale nie w okresie ostatnich 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> 2.2. badany w okresie ostatnich 12 miesięcy	
	<input type="checkbox"/> 3. odmowa odpowiedzi		

⁹⁾ W przypadku gdy pacjent kiedykolwiek używał środków odurzających lub substancji psychotropowych w iniekcjach, należy wybrać jedną z poniższych kategorii.

¹⁰⁾ W przypadku gdy pacjent kiedykolwiek dzielił się igłami lub strzykawkami, należy wybrać jedną z poniższych kategorii.

¹¹⁾ W przypadku gdy pacjent był kiedykolwiek badany w kierunku HIV, należy wybrać jedną z poniższych kategorii.

¹²⁾ W przypadku gdy pacjent był kiedykolwiek badany w kierunku HCV, należy wybrać jedną z poniższych kategorii.

