

ОТДЕЛ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
MENTAL HEALTH DIVISION
GAIN-SS

Section Completed by Clinician	
Location of screen:	
<input type="checkbox"/>	Intake/Admission
<input type="checkbox"/>	Tx Plan Session
<input type="checkbox"/>	Crisis Episode
Consumer:	
<input type="checkbox"/>	Declined
<input type="checkbox"/>	Unable to complete

Copyrighted ©2005 by: Chestnut Health Systems

Демографические данные и форма GAIN-SS (самооценка), заполненные пациентом

ДАТА	ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ОТЧЕСТВО
5. ДАТА РОЖДЕНИЯ	7. ПОЛ <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.		

Ваши ответы на вопросы данной анкеты помогут медицинскому работнику, оказывающему вам помощь, понять, какое именно лечение может вам понадобиться. Эта информация поможет вам и медицинскому работнику, оказывающему вам помощь, разработать для вас оптимальный план лечения. Ваши ответы также будут способствовать улучшению оказания помощи в сфере психического здоровья в вашем регионе.

Заполнение анкеты не является обязательным. Если вы готовы ответить на вопросы, пожалуйста, заполните анкету и поставьте свою подпись внизу страницы. Если вы не хотите отвечать на вопросы, пожалуйста, сообщите об этом медицинскому работнику, который вас лечит, и верните ему/ей анкету.

Общая оценка индивидуальных потребностей – Краткий опрос (GAIN-SS)

Нижеследующие вопросы касаются распространенных психологических, поведенческих и личных проблем. Эти проблемы считаются значительными, если они наблюдаются в течение двух или более недель, если они неоднократно повторяются, если они препятствуют выполнению вами своих обязанностей, или если они вызывают у вас ощущение, что так продолжаться не может.

Пожалуйста, ответьте «Да» или «Нет».

В течение последних 12 месяцев сталкивались ли вы со следующими значительными проблемами:

a. испытывали сильное чувство безысходности («в ловушке»), одиночества, грусти, печали, депрессии или отсутствия надежды на будущее?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
b. отмечали ли проблемы со сном, такие как плохие сны, беспокойный сон или сонливость в дневное время?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
c. было ли чувство сильного беспокойства, нервозности, напряженности, страха, паники или чувство, что должно случиться что-то плохое?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
d. при каком-либо напоминании о прошлом, вы бывали сильно встревожены и расстроены?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
e. вы думали об уходе из жизни или самоубийстве?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

Оценка по подшкале IDS (от 0 до 5)

В течение последних 12 месяцев было ли два или более случая, когда ...

a. вы лгали или хитрили, чтобы получить то, что хотели, или избежать необходимости делать что-то?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
b. вам было трудно сосредоточиться в процессе учебы, работы или дома?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
c. вам было трудно выслушивать какие-либо указания в процессе учебы, работы или дома?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
d. вы вели себя как хулиган или угрожали другим людям?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
e. вы затевали драку с другими людьми?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

Оценка по подшкале EDS (от 0 до 5)

В течение последних 12 месяцев...

a. употребляли ли вы алкоголь или наркотики каждую неделю?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
b. проводили ли вы много времени, пытаясь достать алкоголь или наркотики, либо употребляя алкоголь или наркотики, либо испытывая последствия употребления алкоголя или наркотиков (опьянение/возбуждение, плохое самочувствие)?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
c. продолжали ли вы употреблять алкоголь или наркотики, несмотря на то, что это вызывало проблемы в отношениях с окружающими, ведущие к дракам или неприятностям со стороны других людей?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
d. приводило ли употребление алкоголя или наркотиков к тому, что вы отказывались от участия или уменьшали участие, или сталкивались с проблемами при участии в значительных мероприятиях на работе, в учебе, дома или общественной деятельности?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
e. испытывали ли вы проблемы, связанные с прекращением приема алкоголя или наркотиков, например, трясущиеся руки, рвота, неспособность сидеть спокойно или спать, и применяли ли вы какие-либо алкогольные напитки или лекарства, чтобы избавиться от плохого самочувствия и ликвидировать проблемы, связанные с прекращением приема алкоголя и наркотиков?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

Оценка по подшкале SDS (от 0 до 5)

ПОДПИСЬ	ДАТА
---------	------