

CHILDREN'S ADMINISTRATION GAIN-SS

Version (GVER): GSS-annual 2.0.1

Copyrighted @ 2005 by: Chestnut Health Systems

ग्राहकाचे नाव (नाव, वडिलांचे नाव, आडनाव)	1. तारीख	2. <input type="checkbox"/> प्रौढ <input type="checkbox"/> युवा	3. <input type="checkbox"/> ग्राहकाने प्रश्नांची उत्तरे देण्यास नकार दिला <input type="checkbox"/> ग्राहक प्रश्नांची उत्तरे देण्यास असमर्थ
ग्राहकाचा दूरध्वनी क्रमांक	ग्राहकाची जन्मतारीख	4. सीएएमआयएस व्यक्ती आयडी	वंश/मानववंशीय
ग्राहकाचा पत्ता	शहर	राज्य	झिप कोड
समाज सेवकाचे नाव	समाज सेवकाचा दूरध्वनी क्रमांक		
5. ग्राहकाला मूल्यमापनासाठी शिफारस केली <input type="checkbox"/> मनोरोग्य <input type="checkbox"/> रासायनिक आधीनता <input type="checkbox"/> सह-घटना <input type="checkbox"/> ग्राहकाला शिफारस केली नाही	6. ग्राहकाला सध्या सेवा मिळत आहे <input type="checkbox"/> मनोरोग्य <input type="checkbox"/> रासायनिक आधीनता <input type="checkbox"/> सह-घटना	7. <input type="checkbox"/> बालक सुरक्षा सेवा (CPS) <input type="checkbox"/> कौटुंबिक स्वेच्छा सेवा <input type="checkbox"/> कौटुंबिक समेट सेवा (FRS) <input type="checkbox"/> बालक आणि कौटुंबिक कल्याण सेवा <input type="checkbox"/> बालक आरोग्य आणि शिक्षण मागोवा (CHET)	

वैयक्तिक गरजांचे जागतिक मूल्यमापन - शॉर्ट स्क्रीनर (GAIN-SS)

पुढील प्रश्न सामान्य मनेवैज्ञानिक, वर्तन किंवा वैयक्तिक समस्यांबाबत आहेत. या समस्या लक्षणीय समजल्या जातात जेव्हा त्या दोन किंवा अधिक आठवडे असतात, जेव्हा त्या पुन्हापुन्हा येत राहतात, जेव्हा त्या आपणास आपल्या जबाबदाऱ्या संभाळण्यापासून लांब ठेवतात, किंवा जेव्हा त्यांच्यामुळे आपणास पुढे जाता येणार नाही असे वाटू लागते. कृपया प्रश्नांचे उत्तर "होय" किंवा "नाही" असे द्या.

मानसिक आरोग्य अंतर्गत वर्तणूक (IDScr 1): मागील 12 महिन्यात आपणास काही लक्षणीय समस्या होत्या काय. . .

अ. कोंडित पकडले गेल्यासारखे, एकटे, उदास, निळे, निराश किंवा किंवा भविष्याबाबत हताश वाटते काय?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
ब. झोपेचा त्रास, जसे की वाईट स्वप्ने, तळमळत झोपणे किंवा दिवसा झोपणे?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
क. अतिशय काळजीग्रस्त, चिंतातूर, तणावग्रस्त, घाबरलेले, भयभीत किंवा काहीतरी वाईट घडणार आहे असे वाटले?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
ड. जेव्हा कशामुळे तरी आपणास भूतकाळ आठवला, आपण खूप दुःखी झालात किंवा काळजीत पडलात?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
इ. आपले आयुष्य संपवावे किंवा आत्महत्या करावी असे वाटले?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही

जर दोन किंवा जास्त "होय" उत्तरे आली, तर मानसिक आरोग्य पाहा, जर (इ) आत्महत्येसाठी होय असेल, तर क्रायसिस लाईन किंवा डीएमएचपी (निर्दिष्ट मानसिक आरोग्य व्यावसायिक) यांचेकडे जा.

मानसिक आरोग्य बहिर्गत वर्तणूक (EDScr2): मागील 12 महिन्यात, खालील गोष्टी दोन किंवा जास्त वेळा केल्यात का?

अ. आपल्याला हत्या असलेल्या गोष्टी मिळविण्यासाठी किंवा काहीतरी करणे टाळण्यासाठी खोटे बोललात किंवा फसविलेत?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
ब. शाळेत, कामाचे जागी किंवा घरी लक्ष देणे खूप कठीण गेले?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
क. शाळेत, कामाचे जागी किंवा घरी सूचना पाळणे खूप कठीण गेले?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
ड. इतरांवर दादागिरी केलीत किंवा घाबरविलेत?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
इ. इतर लोकांबरोबर भांडणे केलीत?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही

जर दोन किंवा जास्त "होय" उत्तरे आली, तर मानसिक आरोग्य पाहा

सबस्टन्स अॅब्युज स्क्रीन (SDScr3): मागील 12 महिन्यात, आपण....

अ. आठवड्यातून एकदा अल्कोहोल किंवा ड्रग्स घेतलेत?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
ब. एकतर अल्कोहोल किंवा ड्रग्स मिळविण्यासाठी, अल्कोहोल किंवा ड्रग्स घेण्यात किंवा अल्कोहोल किंवा ड्रग्सचा परिणाम जाणविण्यात खूप वेळ घालविलात(तारेत, आजारी)?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
क. जरी त्यामुळे सामाजिक समस्या होत राहिल्या, ज्याचे पर्यावसान मारामारी किंवा इतर लोकांबरोबर त्रास होऊ लागला तरी अल्कोहोल किंवा ड्रग्स घेत राहिलात?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
ड. अल्कोहोल किंवा ड्रग्स घेतल्यामुळे आपणास कामाचे जागी, शाळा, घरी महत्वाच्या कामगिन्या किंवा सामाजिक घटनांचे वेळी सोडून देणे, कमी करणे किंवा प्रश्न निर्माण होणे भाग पडले?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही
इ. अल्कोहोल किंवा ड्रग्स सोडून देताना विथड्रॉअल समस्या जशा की, हात थरथरणे, फेकणे, स्थिर बसताना किंवा झोपताना त्रास झाला किंवा आजारी पडू नये किंवा विथड्रॉअल समस्या टाळण्यासाठी अल्कोहोल किंवा ड्रग्स घेतलेत?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही

जर सबस्टन्स अॅब्युज किंवा सह-घटना (सबस्टन्स अॅब्युज आणि मानसिक आरोग्य), यात दोन किंवा जास्त "होय" उत्तरे आली, तर सीडीपी किंवा सबस्टन्स अॅब्युज उपचार पुरवठादार यांचेकडे पाहा

मला समजते की या प्रपत्राची एक प्रत ही सेवांच्या संदर्भाचा एक भाग होऊ शकते.

सही	तारीख
-----	-------