**СОЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБСЛУЖИВАЕМОГО**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О.: | |  | | | | | | |
| Номер телефона | | |  | | | | | |
| Дата рождения: | | | |  | | | | |
| Семейное положение: | | | | |  | | | |
| Наличие детей, пол, возраст | | | | | | |  |
| Место работы (учебы) | | | |  | | | | |
| Должность |  | | | | | | |
| Безработный в течении периода | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**Текущая ситуация**

**Жилищная ситуация**

Где и **с кем** Вы проживаете, стабильность этого жилья (собственность, прописка, аренда, жилье партнера и т. д.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Насколько Вы зависимы от собственников жилья? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Психологический климат в доме: с кем в семье сохраняются доверительные отношения. Если Вы ВИЧ-инфицированы, знают ли о диагнозе те, с кем проживаете?

**Образование и занятость**

Какой у Вас уровень образования. Работали ли до прохождения лечения, если да, то кем? Имеете ли Вы какие-либо профессиональные навыки? Планируете ли учиться? Кем хотели бы работать? Склонности, способности, интересы.

**Отношения**

**Отношения с ребенком/детьми**

С кем и где находился ребенок (дети) во время лечения и прохождения мед. реабилитации. Было ли лишение родительских прав (если да, то по какой причине). Восстановлены ли Вы в родительских правах? Планируете ли воспитывать ребенка(детей)? Участвуете ли Вы в воспитании ребенка (детей)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если да, то созданы ли для ребенка (детей) приемлемые условия: есть ли отдельное спальное место для каждого ребенка, оборудовано ли всем необходимым (наличие кровати, места для хранения вещей, игрушек, материалов для обучения и т. д.), какое отношение у членов семьи к ребенку/детям

**Отношения с партнером**

Есть ли постоянный партнер? Зарегистрированы ли отношения? Оказывает партнер поддержку, каково отношение партнера к ребенку/детям, планируют ли совместное проживание? Если клиент ВИЧ-инфицирован, знает ли партнер? ВИЧ- статус партнера? Опыт употребления ПАВ у партнера?

**Отношения с родителями, другими родственниками**

Живы ли родители, какие между ними отношения, оказывают ли поддержку? Если с ними существуют конфликтные отношения, в чем причина? Поддерживаете ли Вы отношения с другими родственниками? Если Вы ВИЧ- инфицирован, знают ли они о диагнозе? Были ли проблемы с алкоголем или наркотиками у родителей и родственников? Есть ли они в данный момент?

**Социальное окружение**

Как изменилось Ваше социальное окружение после начала употребления ПАВ? (Характеристика социального окружения.) Хотели бы Вы изменить круг общения? Какие действия планируете для этого предпринять?

**Здоровье**

**Медицинская история**

Если Вы ВИЧ-инфицированны, проходили ли обследование, состоите ли на учете в Центре СПИДа? Принимаете ли терапию? Если нет, то намерены ли лечиться?

**Опыт употребления ПАВ/алкоголя**

Опыт и стаж употребления ПАВ, алкоголя? Как употребление ПАВ, алкоголя повлияло на Вашу жизнь? Проходили ли ранее лечение от наркозависимости, от алкоголизма, где, какое и сколько раз? Страдаете ли алкоголизмом?

Какие причины привели Вас к тому, что Вы употребляли(употребляете) алкоголь/ПАВ (из любопытства; от нечего делать; за компанию, стремление быть как все; получение удовольствия; для снятия напряжения; из-за проблем в семье; чтобы уйти от насущных проблем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какие виды ПАВ Вы употребляли (употребляете)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В каком виде Вы употребляли (употребляете) ПАВ? (внутривенное введение, курение, назально, курение, таблетка, семена, глазные капли, другое)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почему Вы употребляли(употребляете) именно эти ПАВ? (за компанию; легче достать; легче изготовить; дешевле; дают больше удовольствия; дают заряд энергии и сил; по другой причине(указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стаж употребления ПАВ/алкоголя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата последнего употребления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отношение родных и близких к употреблению ПАВ/алкоголя(активное противодействие; неодобрительное, но пассивное; индифферентное(равнодушное)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Социальные последствия употребления ПАВ/алкоголя (нарушение семейных взаимоотношений; административные, уголовные правонарушения, другое (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Психическое здоровье**

**Общая информация**

Каков режим сна и питания в настоящее время, уровень активности, есть ли жалобы на депрессивное состояние? Были ли у Вас или членов Вашей семьи случаи психических расстройств?

**Отношение к себе**

Что Вам больше всего нравится в себе? Что бы хотели изменить в себе? Склонен ли к самообвинениям? Сильные стороны, по Вашему мнению? Слабые стороны? Как обычно справляетесь с трудностями?

**Отношение к обществу**

Как Вы относитесь к окружающему Вас обществу? Способны ли Вы проявить агрессию? Если да, то, что может послужить причиной?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ценностные ориентации**

Ваши жизненные ценности, семейные традиции?

**Взаимоотношения с правосудием**

Случаи содержания под стражей, лишения свободы, условного освобождения в настоящее время и в прошлом, сколько раз, по какой статье. Причина совершения правонарушения. Наличие контроля со стороны органов ФСИН (контактные данные инспектора)

Ситуация (на дату принятия на обслуживание) – находитесь ли на условном заключении, либо в ожидании судебного заседания по ранее совершенным деяниям?

**Актуальные социальные проблемы(потребности)**

Приоритеты направления (учеба; трудоустройство; налаживание семейных отношений; формирование здорового досуга; другое(указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О., подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения:

/ / \_