**PHỤ LỤC SỐ 04**

PHIẾU THEO DÕI ĐỂ XÁC ĐỊNH TRẠNG THÁI CAI CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 18/2021/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| BỘ/SỞ ..........................................  Tên cơ sở: .................................... | **PHIẾU THEO DÕI để xác định trạng thái cai các chất dạng thuốc phiện** |

**I. Thông tin cá nhân**

1. Họ và tên: ............................................................................................................

2. Ngày, tháng, năm sinh: …/…/…… 3. Giới tính: □ Nam             □ Nữ

**II. Kết quả theo dõi để xác định trạng thái cai các chất dạng thuốc phiện**

**Xác định có trạng thái cai khi có các dấu hiệu sau:**

1. Có bằng chứng về việc mới ngừng hoặc giảm sử dụng chất dạng thuốc phiện sau khi đã sử dụng chất này lặp đi lặp lại trong thời gian dài: □ Có            □ Không

2. Có ít nhất 03 trong số 12 triệu chứng cai trong bảng dưới đây xuất hiện sau vài phút đến vài ngày sau dấu hiệu 1: □ Có             □ Không

3. Các triệu chứng cai này không thể quy cho một bệnh nội khoa không liên quan đến việc sử dụng chất dạng thuốc phiện, và không thể quy cho một rối loạn tâm thần hoặc một rối loạn hành vi khác: □ Có            □ Không

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Các triệu chứng của trạng thái cai**  *(Viết chữ có, hoặc không vào các ô tương ứng)* | **Ngày 1** | **Ngày 2** | **Ngày 3** |
| 1 | Cảm giác thèm chất ma túy |  |  |  |
| 2 | Ngạt mũi hoặc hắt hơi |  |  |  |
| 3 | Chảy nước mắt |  |  |  |
| 4 | Đau cơ hoặc chuột rút |  |  |  |
| 5 | Co cứng bụng |  |  |  |
| 6 | Buồn nôn hoặc nôn |  |  |  |
| 7 | Tiêu chảy |  |  |  |
| 8 | Giãn đồng tử |  |  |  |
| 9 | Nổi da gà hoặc ớn lạnh |  |  |  |
| 10 | Nhịp tim nhanh hoặc tăng huyết áp |  |  |  |
| 11 | Ngáp |  |  |  |
| 12 | Ngủ không yên |  |  |  |

***Ghi chú:*** *Thời gian theo dõi để xác định trạng thái cai các chất dạng thuốc phiện tối đa là 03 ngày.*

**III. Kết luận trạng thái cai các chất dạng thuốc phiện**

.................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ngày .... tháng .... năm .........* **Bác sỹ**    *Họ và tên ....................................* |