

Päihde- ja mielenterveyshoidon ensiarvio

Hoitoon hakeutumisen syy kuvaus asiakkaan yhteydenoton syystä ja mahdollisesta akuutista tilanteesta

Oireiden kesto

_____ päivää / viikkoa / kuukautta / vuotta

Kenen ohjaamana ottaa yhteyttä

Itse Läheinen PTH ESH Työterveys, työnantaja Lastensuojelu Poliisi Rikosseuraamuslaitos Muu

Mielenterveys

Ei mielenterveyden ongelmia (Jos asiakkaan vastaus on muu kuin "Ei mielenterveyden ongelmia", kysy lisäksi *merkityt kysymykset)

Ahdistus Masennus Elämänkriisi Trauma Paniikkihäiriö Sosiaalinen jännittäminen ADHD-epäily Muu

***Hoitosuhteet nyt / aiemmin** asiakkaan nykyiset ja aiemmat psyk. hoidot

***Psykyklääkitys nyt / aiemmin**

Kyllä, nyt. Kts. lääkitysosio Kyllä, aiemmin: Ei psykyklääkitystä

***Hoitomieltymykset**

Nettiterapia Ryhmähoidot Ohjattu omahoito Lääkärin arvio lääkitykseen

Itsetuhoisuus mahdolliset itsetuhoiset ajatukset/teot

Ei itsetuhoisuutta

Väkivalta asiakkaaseen kohdistuva tai kohdistunut väkivalta tai sen uhka tai vaikeus hallita omaa aggressiota

Ei väkivaltaa

Somaattiset sairaudet mahdolliset somaattiset sairaudet ja hoitokontaktit niihin

Ei somaattisia sairauksia

Kiputilat mahdolliset kiputilat ja hoitokontaktit niihin

Ei kiputiloja

Uni

Ei uniongelmia

Unettomuus Nukahtamisen vaikeus Katkonainen uni / heräily Liikaunisuus Uni-valve-rytmien vaikeudet Muu

Päihteiden käyttö asiakkaan päihteiden käyttö (kaikki käyttö, ei vain ongelmakäyttö)

Ei päihteidenkäyttöä (Jos asiakkaan vastaus on muu kuin "Ei päihteidenkäyttöä", kysy lisäksi tarvittavat **merkityt kysymykset)

Alkoholi Tupakka Lääkkeiden väärinkäyttö Huumausaineet Muu

****Ensisijainen päihde** jos asiakas kokee päihteidenkäytön haitallisena, mikä on eniten käytetty / eniten haittoja aiheuttava päihde

Alkoholi Kannabis Uni- tai rauhoittavat lääkkeet Opioidit Stimulantit Hallusinogeenit Liutinaineet Muu

****Tavallisin käyttötapa** miten ensisijaista päihdettä käytetään

Pistämällä Polttamalla Suun kautta Nenän kautta Muulla tavoin Ei tietoa

****Käyttökerrat kk aikana miten usein ensisijaista päihdettä on käytetty viimeisen kuukauden aikana**

Päivittäin 4–6 pv viikossa 2–3 pv viikossa Kerran viikossa tai harvemmin Ei tietoa

****Käyttöä jatkunut**

_____ päivää / viikkoa / kuukautta / vuotta

****Muut käytetyt päihteet ensisijaisen päihteen lisäksi käytetyt päihteet, käyttötiheys ja käyttömäärät**

****Asiakkaan kokemat vieroitusoireet asiakkaan kuvaamat vieroitusoireet ja kokemus niiden voimakkuudesta**

Ei vieroitusoireita Lievät Keskivaikeat Voimakkaat

****Kramppi- ja deliriumtausta onko asiakkaalla ollut kramppeja, deliriumeja tai päihteidenkäytöstä aiheutuneita sairaalahoitoja; milloin?**

Delirium Kramppi Muu sairaalahoitoa vaatinut tila

****Korvaushoito**

Asiakas on korvaushoidossa Yhteydenotto koskee korvaushoitoon hakeutumista

Muut riippuvuudet

Ei muita riippuvuuksia Rahapelaaminen Digipelaaminen Muu toiminnallinen riippuvuus

Oireiden vaikutus toimintakykyyn

Ei vaikutusta toimintakykyyn
 Työssäkäyntivaikeudet Opiskeluvaikeudet Arjesta selviytymisen vaikeudet Sairaslomalla oireiden vuoksi

Tukiverkosto kuvaus tukiverkostosta tai sen puutteesta

Asumistilanne

Asuu yksin Asuu muiden kanssa Vakinainen asunto Tuettu asuminen Jäämässä asunnottomaksi Asunnoton Muu

Työ- tai opiskelutilanne

Työssäkäyvä Työtön Opiskelija Sairauslomalla Eläkkeellä Muu

Taloudellinen tilanne

Ei tuen tarvetta Asiakas tarvitsee tukea velka-asioissa Asiakas tarvitsee tukea etuusasioissa Asiakkaalla on edunvalvoja Muu

Alaikäiset lapset

Asuu samassa taloudessa alaikäisten lasten kanssa Omia alaikäisiä lapsia, mutta ei tapaa heitä
 Tapaa säännöllisesti alaikäisiä lapsia Ei omia alaikäisiä lapsia

Lastensuojelu

On lastensuojelun tukitoimien piirissä Tehdään lastensuojeluilmoitus
 Ei ole lastensuojelun tukitoimien piirissä Ei tehdä lastensuojeluilmoitusta

Suunnitelma kuvaus tehdyistä lähetteistä, ajanvarauksista ja ohjauksesta palveluihin

