

NATIONALE ALKOHOLBEHANDLINGSREGISTER (NAB)

Indskrivning af klienter i alkoholbehandling fra og med 1. januar 2006 skal indberettes elektronisk til det Nationale Alkoholbehandlingsregister vha. Sundhedsstyrelsen Elektroniske Indberetningssystem (SEI). Se i øvrigt www.indberetning.sst.dk.

Dette er en papirkladde af spørgeskemaet i indberetningssystemet og kan anvendes som en hjælp lokalt, såfremt interviewet ikke foregår foran en computer. Det skal dog understreges, at Sundhedsstyrelsen *udelukkende* modtager elektroniske indberetninger. Således skal institutionen indtaste alle oplysninger på papirkladden og indsende oplysningerne til Sundhedsstyrelsen elektronisk vha. SEI.

STAMOPLYSNINGER

- CPR-nummer: -
- Klientnummer (hvis anonym): -
- Fødselsår:
- Køn: Mand Kvinde
- Indskrivningsdato: ___/___-____
- Afslutningsdato: ___/___-____
- Afslutningsårsag:

<input type="checkbox"/>	Færdigbehandlet
<input type="checkbox"/>	Afsluttet efter eget ønske
<input type="checkbox"/>	Udeblevet
<input type="checkbox"/>	Død
<input type="checkbox"/>	Fraflyttet
<input type="checkbox"/>	Udskrevet til anden institution
<input type="checkbox"/>	Udskrevet til egen læge
<input type="checkbox"/>	Udskrevet til hospital
<input type="checkbox"/>	Andet
- Bopælskommune: _____
- Postnummer:
- Nationalitet: _____
- Institutionskode:
(officiel liste med institutionskoder kan findes på www.indberetning.sst.dk/nab)

BEHANDLINGSOPLYSNINGER

Afrusning

- Har der fundet afrusning sted i forbindelse med indskrivningen:

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	Uoplyst

Udredende samtaler

- Misbrugsdiagnostik / udredende samtaler:

Datoer for samtaler:

__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____
__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____
__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____
__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____

- Psykiatrisk udredning / psykiatrisk lidelse:

Ved fund af psykiatrisk lidelse (ikke misbrug):

Datoer for udredning:

Intet fund	Behandlingen varetages af institutionen	Behandlingen varetages af samarbejdspartner	Der behandles ikke
------------	---	---	--------------------

__/ __ - ____			
__/ __ - ____			
__/ __ - ____			
__/ __ - ____			
__/ __ - ____			
__/ __ - ____			
__/ __ - ____			
__/ __ - ____			

Ambulant behandling

- Behandlingssamtaler – individuel behandling:

Datoer for behandlinger:

__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____
__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____
__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____
__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____

- Behandlingssamtaler – gruppebehandling:

Datoer for behandlinger:

__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____
__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____
__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____	__/ __ - ____

__/__/____ __/__/____ __/__/____ __/__/____

- Behandlingssamtaler – familiebehandling:

Datoer for behandlinger:

__/__/____ __/__/____ __/__/____ __/__/____
 __/__/____ __/__/____ __/__/____ __/__/____
 __/__/____ __/__/____ __/__/____ __/__/____
 __/__/____ __/__/____ __/__/____ __/__/____

- Medicinsk behandling:

<input type="checkbox"/>	Antabus (overvåget indtagelse)
<input type="checkbox"/>	Campral
<input type="checkbox"/>	Naltrexon
<input type="checkbox"/>	Benzodiazepiner

Dagbehandling

- Varighed: Start __/__/____ Slut __/__/____

- Medicinsk behandling:

<input type="checkbox"/>	Antabus (overvåget indtagelse)
<input type="checkbox"/>	Campral
<input type="checkbox"/>	Naltrexon
<input type="checkbox"/>	Benzodiazepiner

Døgnbehandling

- Varighed: Start __/__/____ Slut __/__/____

- Medicinsk behandling:

<input type="checkbox"/>	Antabus (overvåget indtagelse)
<input type="checkbox"/>	Campral
<input type="checkbox"/>	Naltrexon
<input type="checkbox"/>	Benzodiazepiner

SOCIALOPLYSNINGER

- Tidligere behandlet for alkoholmisbrug:

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	Vil ikke oplyse

- Henvisning på opfordring af:

<input type="checkbox"/>	Selvhenvender
<input type="checkbox"/>	Socialforvaltning
<input type="checkbox"/>	Skadestue/hospital
<input type="checkbox"/>	Psykiatrisk hospital
<input type="checkbox"/>	Alkoholambulatorium
<input type="checkbox"/>	Alkoholbehandlingshjem
<input type="checkbox"/>	Praktiserende læge
<input type="checkbox"/>	Kriminalforsorg
<input type="checkbox"/>	Politi
<input type="checkbox"/>	Krisecenter
<input type="checkbox"/>	§ 94 Boform
<input type="checkbox"/>	Stofmisbrugsinstitution
<input type="checkbox"/>	Familie
<input type="checkbox"/>	Venner
<input type="checkbox"/>	Arbejdsgiver
<input type="checkbox"/>	Daginstitution
<input type="checkbox"/>	Skole
<input type="checkbox"/>	Andet
<input type="checkbox"/>	Vil ikke oplyse

- Udgift til behandling dækkes af:

<input type="checkbox"/>	Offentlig betaling
<input type="checkbox"/>	Selvbetaler
<input type="checkbox"/>	Arbejdsplads
<input type="checkbox"/>	Andet

- Aktuell boligsituation:

<input type="checkbox"/>	Selvstændig bolig (ejer/lejer)
<input type="checkbox"/>	Lejet værelse
<input type="checkbox"/>	Hos familie/venner
<input type="checkbox"/>	Støttebolig/bofællesskab/halvvejshus
<input type="checkbox"/>	Familiepleje
<input type="checkbox"/>	Herberg/pensionat
<input type="checkbox"/>	Fængsel
<input type="checkbox"/>	Anden institution
<input type="checkbox"/>	Gaden/ingen bolig
<input type="checkbox"/>	Andet
<input type="checkbox"/>	Vil ikke oplyse

- Skoleuddannelse:

<input type="checkbox"/>	Går i skole
<input type="checkbox"/>	7 eller færre års skolegang
<input type="checkbox"/>	8-9 års skolegang
<input type="checkbox"/>	10-11 års skolegang
<input type="checkbox"/>	Studenter-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)
<input type="checkbox"/>	Andet (herunder udenlandsk skole)
<input type="checkbox"/>	Vil ikke oplyse

- Erhvervsuddannelse:

<input type="checkbox"/>	Ingen uddannelse
<input type="checkbox"/>	Specialarbejderuddannelse
<input type="checkbox"/>	Handelsskolernes grunduddannelse (HG), basisår EFG
<input type="checkbox"/>	Lærlinge-, EGF-, eller HG-uddannelse
<input type="checkbox"/>	Anden faglig uddannelse
<input type="checkbox"/>	Kort videregående uddannelse (under 3 år)
<input type="checkbox"/>	Mellemlang videregående uddannelse (3-4 år)
<input type="checkbox"/>	Lang videregående uddannelse (over 4 år)
<input type="checkbox"/>	Vil ikke oplyse

- Hovedindtægtskilde de sidste 30 dage:

<input type="checkbox"/>	Lønindkomst
<input type="checkbox"/>	SU
<input type="checkbox"/>	Arbejdsløshedsdagpenge
<input type="checkbox"/>	Aktivering/løn med tilskud
<input type="checkbox"/>	Sygedagpenge
<input type="checkbox"/>	Kontanthjælp
<input type="checkbox"/>	Revalideringsydelse
<input type="checkbox"/>	Førtidspension/pension
<input type="checkbox"/>	Fra familie, venner og lign.
<input type="checkbox"/>	Illegale aktiviteter
<input type="checkbox"/>	Prostitution
<input type="checkbox"/>	Andet
<input type="checkbox"/>	Vil ikke oplyse

- Civilstand:

<input type="checkbox"/>	Gift
<input type="checkbox"/>	Gift igen
<input type="checkbox"/>	Enke/enkemand
<input type="checkbox"/>	Separeret
<input type="checkbox"/>	Fraskilt og ikke samlevende
<input type="checkbox"/>	Aldrig gift/samlevende
<input type="checkbox"/>	Samlevende
<input type="checkbox"/>	Skilt fra samlever
<input type="checkbox"/>	Vil ikke oplyse

Børn

- Har du biologiske børn eller adoptivbørn?:

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	Vil ikke svare

- Hvis der er biologiske børn eller adoptivbørn, hvilke(t) år er barnet/børnene født?
(vil klienten ikke angive fødselsår skrives 9999):

Barn 1				
Barn 2				
Barn 3				
Barn 4				
Barn 5				

- Er der andre børn end dine egne tilknyttet husstanden?:

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	Vil ikke svare

- Hvis der er andre børn tilknyttet husstanden, hvilke(t) år er barnet/børnene født?
(vil klienten ikke angive fødselsår skrives 9999)

Barn 1				
Barn 2				
Barn 3				
Barn 4				
Barn 5				

- Antal hjemmeboende børn under 18 år - både egne og andre tilknyttet husstanden:

_____ barn/børn

Vil ikke oplyse

- Antal hjemmeboende børn over 18 år - både egne og andre tilknyttet husstanden:

_____ barn/børn

Vil ikke oplyse

- Antal hjemmeboende børn under 18 år, der er anbragt udenfor hjemmet - både egne og andre tilknyttet husstanden:

_____ barn/børn

Vil ikke oplyse

- Antal børn du har samkvem med (under 18 år):

_____ barn/børn

Vil ikke oplyse

- Antal børn, som du ikke har kontakt med (uanset alder):

_____ barn/børn

Vil ikke oplyse

- Hvis du har børn under 18 år, i hvor høj grad oplever dine børn/dit barn da, at du bliver påvirket af rusmidler?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Slet ikke, for jeg indtager ikke rusmidler når mine børn er til stede eller forud for, at de kommer hjem |
| <input type="checkbox"/> | Lidt. Jeg tror de har en fornemmelse af det, og de har en sjælden gang oplevet mig påvirket/beruset |
| <input type="checkbox"/> | Noget. De har ind imellem oplevet mig påvirket/beruset |
| <input type="checkbox"/> | En del. De har ofte oplevet mig påvirket/beruset |
| <input type="checkbox"/> | Meget. Jeg er bekymret for, at de tit så har oplevet mig påvirket/beruset |
| <input type="checkbox"/> | Ikke relevant |
| <input type="checkbox"/> | Vil ikke svare |

MISBRUGSRELATEREDE OPLYSNINGER

Alkohol

- Er der modtaget antabus indenfor den sidste måned?:

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja |
| <input type="checkbox"/> | Nej |
| <input type="checkbox"/> | Vil ikke oplyse |

Hvis ja - i hvor mange dage?: _____

	År/dage	Vil ikke oplyse (sæt kryds)
- Alkoholforbrug - debutalder:	_____	_____
- Alkoholforbrug - antal år i livet:	_____	_____
- Alkoholforbrug - antal dage sidste måned:	_____	_____
- Alkoholoverforbrug - debutalder:	_____	_____
- Alkoholoverforbrug - antal år i livet:	_____	_____
- Alkoholoverforbrug - antal dage sidste måned:	_____	_____

Stofmisbrug

	Antal dage sidste måned	Vil ikke oplyse (sæt kryds)
- Heroin:	_____	_____
- Illegal metadon:	_____	_____
- Andre opiater/smertestillende:	_____	_____

- BZ, barbiturater: _____
- Kokain: _____
- Amfetamin: _____
- Cannabis: _____
- Hallucinogener: _____
- Inhalater: _____
- Andet: _____

- Rygerstatus

- Ryger dagligt
- Ryger lejlighedsvist
- Eks-ryger
- Aldrig røget
- Vil ikke oplyse

- Drikkemønster sidste 6 måneder

- Drukket hver dag
- Drukket flere dage i ugen
- Hovedsagligt drukket i weekenden (helligdage/ferier)
- Haft drukture (længe i sammenhængende perioder)
- Drukket nogle dage
- Har lejlighedsvist drukket én dag
- Har været fuldstændig ædru
- Vil ikke oplyse

- Antal genstande om ugen (gennemsnit i sidste måned)

Alkopops	Øl	Vin	Spiritus	Vil ikke oplyse

- Gennemsnitligt antal genstande pr. dag i det sidste halve år under intensive drikkeperioder

Alkopops	Øl	Vin	Spiritus	Vil ikke oplyse

- Gennemsnitligt antal genstande pr. dag i det sidste halve år under moderate drikkeperioder

Alkopops	Øl	Vin	Spiritus	Vil ikke oplyse