فرم شماره ۴

پ-رفتار های پرخطر

تاریخ مراجعه بیمار						
۱ – در عرض ۳۰ روز گذشته چند روز تزریق داشته اید؟						
۲- در عرض ۳۰ روز گذشته دریک روز معمولی چند بار تزریق داشته اید؟						
۳- در عرض ۳۰ روز گذشته چند بار با وسائل تزریقی که قبلا فرد دیگری از آن استفاده کرده بود (سرنگ، سوزن، پنبه ، فیلتر، ملاقه،آب) تزریق داشته اید؟						
٤- در عرض ۳۰ روز گذشته چند بار ارتباط جنسی بدون کاندوم داشته اید؟						
٥- در عرض ۳۰ روز گذشته چند بار ارتباط جنسی با استفاده از کاندوم داشته اید؟						

ت- سلامتی

ت۱- سلامت جسمی

در ۳۰ روز گذشته هر چند وقت یک بار هر یک از مشکلات زیر را داشته اید؟

هرگز	بندرت	گاهی اوقات	اغلب	همیشه
۰	۱	۲	۳	٤

تاریخ مراجعه بیمار						
الف. بی اشتهائی						
ب. خستگی/ ضعف						
ج. تهوع						
د. درد معده						
ه . تنفس مشکل						
و. درد قفسه سینه						
ز. درد مفصل/ استخوان						
ح. درد ماهیچه						
ط. کرختی/ مورمور شدن						
ی . لرزش						