

现场试用草案

世卫组织/毒品和犯罪问题办公室物质使用障碍治疗设施调查

2018年2月

导言

本调查是为了绘制一个国家的物质使用障碍治疗地图。衡量对物质使用障碍治疗的需求对于监测社区吸毒模式的变化和规划反应灵敏的治疗系统至关重要。

本调查是在毒品和犯罪问题办公室—世卫组织戒毒治疗和护理方案的框架内拟订的。¹

本调查问卷答复中提供的数据可用于多种目的。这些数据可用于绘制一个国家/区域的服务地图，为公众编制一个登记册，（以综合形式）用于研究或作为对治疗的可获得性、可及性和质量进行监测的基础。

本次设施调查与物质使用障碍治疗国际标准、²治疗需求指标以及毒品和犯罪问题办公室治疗质量保证工具一起，构成在治疗规划和监测中建议使用的基本工具组合的一部分。

¹ http://www.unodc.org/docs/treatment/unodc_who_programme_brochure_english.pdf

² https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_International_Standards_for_the_Treatment_of_Drug_Use_Disorders_March_17_ebook.pdf

一般须知

本调查问卷分为五个部分：

- A. 用于本次调查通信的治疗设施联系方式
- B. 治疗设施的公众联络方式
- C. 对治疗设施和所提供治疗的说明
- D. 治疗人数
- E. 治疗能力（建筑物和工作人员）

本调查问卷的各部分均有相应的填写说明。请注意，A 部分仅用于通信目的，不公开提供。填写本绘图工具的所有部分非常重要。如果没有数据，建议进行估算并注明。

设施是指一个独立的组织实体（医疗中心、部门、方案等），它有自己的目标、程序、规则及服务及干预范围，有自己的目标群体，还有一个团队和经理（团队领导）。这些设施可能是独立的（例如国家戒毒治疗中心），也可能并入其他保健中心、诊所或药房（例如一般保健或精神保健中心或医院）。请注意，如果治疗设施提供的服务相互独立，则每项服务应各自填写设施调查问卷，表明其与上级设施的关系。每个问题都有进一步的答复填写说明。

戒毒治疗的定义是为使物质使用障碍患者达到所期望的健康状态而设计的流程。由合格的专业人员在公认的医疗、心理或社会援助实践的框架内提供治疗。

日历年为既定年份的1月到12月。

A 部分：用于本次调查通信的治疗设施联系方式（数据不会公开）

A1.治疗设施负责人*（姓名）				
- 用于与治疗设施通信的电子邮件地址				
A2.治疗设施内负责答复本次调查的联系人姓名				
- 联系人的电子邮件地址				
A3.治疗设施的永久电子邮件地址				
A4.治疗设施的电话号码，用于行政管理	国际拨入 号码	区号	号码	
A5.填写调查问卷的日期	日	月	年	

A1. 治疗设施的负责人（姓名）

治疗设施中尽可能最高级别的主管或经理的姓名。

- 用于与治疗设施通信的电子邮件地址
治疗设施主管或治疗方案的电子邮件地址，用于将来联系和跟进。

A2. 治疗设施内负责答复本次调查的联系人姓名

如果填写调查问卷的是设施主管以外的其他人，请填入该人姓名，否则请留空。

- 填写表格的人的电子邮件地址
提供联系人的电子邮件地址，以便将来联系和跟进。

A3.治疗设施的永久电子邮件地址

填入治疗设施的永久联系电子邮件地址。如果治疗设施没有永久电子邮件地址，请提供主管或另一高级工作人员的另一电子邮件地址。

A4. 治疗设施的电话号码

提供联系人员或治疗方案的工作号码或移动电话号码。请用国家格式填写电话号码。避免使用可能会在excel中造成困难的“+”。

A5. 填写调查问卷的日期

按指示提供填写调查问卷的日期。

B 部分: 治疗设施的公众联络方式 (公共数据)

B1. 治疗设施的名称					
B2. 治疗设施的地址 (请包括: 街道、门牌号、邮政编码、城市和国家)	街道	门牌号	邮政编码	城市	国家
B3. 上级组织的名称 (如果适用)。如为政府组织, 请说明哪个部委					
B4. 治疗设施的全球定位系统坐标					
B5. 治疗设施的网站					
B6. 供求诊客户/患者拨打的电话号码					
B7. 设施提供的治疗是否经过国家认可的机构的正式认证?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
B8. 如果是, 是哪一个机构?	名称	网站	地址	电话号码	认证编码

B1. 治疗设施的名称

请提供治疗物质使用障碍的设施的名称。设施一词指治疗中心、科室、病房; 为治疗物质使用障碍而设计和指定的单位。这些设施可能是独立的 (例如国家戒毒治疗中心), 也可能并入其他保健中心、诊所或药房 (例如一般保健或精神保健中心或医院)。

B2. 治疗设施的地址

请提供以下详细信息: 街道, 门牌号, 城市和邮政编码。

B3. 上级组织的名称 (如果适用)

如果贵设施是一较大组织的一部分, 而该组织在不同地点设有多个设施, 请在此处注明上级组织的名称。例如, 可以是一个拥有若干不同治疗中心的非政府组织。如为政府组织, 请说明贵设施由哪个部委监管。

B4. 治疗设施的全球定位系统坐标

使用谷歌地图确定某一设施的全球定位系统坐标:

1. 缩放谷歌地图, 直至可看到所要选择的地点。
2. 将光标移至与该地点相对应的点, 然后单击右键以显示弹出菜单。随后点击“这儿是什么?”
3. 该点上出现一个标记, 随后该点的坐标出现在谷歌地图搜索文本框中 (即 46.232733, 6.134357)。然后, 您可以从搜索文本框中复制坐标并粘贴到所需的任何位置。

B6. 供求诊客户/患者拨打的电话号码

客户用以预约或询问信息的电话号码。这个号码可列在为贵国物质使用障碍患者提供的服务目录中。请用国家格式填写电话号码。避免使用可能会在 excel 中造成困难的“+”。

B7. 治疗服务是否得到正式认证？（是/否）

如果有政府（例如卫生部）或其他组织对治疗设施发放许可，请选“是”或“否”回答贵设施目前是否获得许可提供治疗服务。选择适当的答案。

B8. 认证详情

请提供认证机构的名称。请提供可用的联系方式（如网站，地址）。

DRAFT

C 部分：对治疗设施和所提供治疗的说明

请注意，如果治疗设施提供的服务相互独立，则每项服务应各自填写设施调查问卷，表明其与上级设施的关系。
(公共数据)

选择本次调查所涉设施的类型。如果设施提供的多种服务属于下面列出的类型，请根据设施主要提供的服务（与每年服务的客户数量有关）仅标出一种设施类型。

C1. 贵设施最符合以下哪一项描述（仅选择一项）	
低门槛服务	<input type="checkbox"/>
一般（初级）保健服务	<input type="checkbox"/>
物质使用障碍专科治疗门诊服务	<input type="checkbox"/>
医院里的物质使用障碍住院治疗服务	<input type="checkbox"/>
非医院的物质使用障碍住宿治疗服务	<input type="checkbox"/>
心理保健服务	<input type="checkbox"/>
治疗社区	<input type="checkbox"/>
专门的重新融入社会服务	<input type="checkbox"/>
其他（请具体说明）：	

低门槛服务：“低门槛”这一术语描述的是方便吸毒者获得健康服务和社会服务的实施场所，特别是那些有助于预防和减少与吸毒有关的健康伤害的服务。为了鼓励吸毒者主动联络，使用这些服务通常几乎不需要行政手续，经常无需付费，并且不以不吸毒或将来完全戒毒为条件。它们的服务对象是现时吸毒者，吸毒者中“难以接触到”的高危群体和实验吸毒者。这包括外展服务机构和收容中心以及基本社会服务机构。

一般（初级）保健服务：基本或一般的保健，通常是为一系列疾病提供服务的卫生系统入口点。向个人或社区提供服务的目的是促进、维持、监测或恢复健康。它是根据需要转诊到更专业的医疗保健服务的基础。这一类别包括全科医生。

在一系列其他卫生服务中，初级保健提供者有时也提供部分戒毒治疗。

物质使用障碍专科治疗门诊服务：系指为门诊患者提供物质使用障碍治疗和推荐的设施或医院特定部门。

医院里的物质使用障碍住院治疗服务：系指为包括物质使用障碍患者在内的病人或伤者提供 24 小时护理和（或）医疗的住院设施。

非医院物质使用障碍住宿治疗服务：系指住宿治疗环境，药物依赖者在此共同生活，并遵循咨询或治疗方案，以实现社交和心理上的变化。住宿治疗方案可能以一系列的理论方法为基础，包括家庭方法、心理动力学方法、认知-行为疗法、医学方法或 12 步方法。

心理保健服务：这种服务的重点是提供一系列心理保健服务，其中可能包括物质使用障碍治疗。心理保健服务一般包括为不同年龄的人士提供的各种服务，包括辅导、心理治疗、精神科服务、危机介入及支援小组。但这些设施的重点不仅仅是提供戒毒治疗。

治疗社区：通常是无毒品的环境，其中药物依赖者以有组织有系统的方式生活在一起，以促进社交和心理上的变化。其中心理念是，居民积极参与自己的治疗并参与彼此的治疗，社区的日常运行责任由居民和工作人员分担。

专门的重返社会服务：主要侧重于为弱势群体提供重返社会服务（住房、教育和就业相关服务）的设施。

其他：如果贵设施不符合上述任何一个类别，请提出另一个类别。

C2. 治疗设施隶属关系（单选）（公共数据）

请说明贵设施属于：

- 公共/政府性质
- 私人（盈利）性质
- 非营利性质（非政府组织）
- 其他（在下面具体说明）

如为其他，请具体说明：

C2. 治疗设施的隶属关系

公共/政府性质：如果设施是由政府开办的公共医疗保健系统的一部分，请选此项。

非政府营利（私人）性质：如果设施由营利性公司运营，请选此项，无论是公开上市还是私人持有的。

非政府非营利（非政府组织）性质：如果设施是非营利组织或社会企业，请选此项。

C3a. 指出您的资金有多少百分比是通过哪个来源提供的。所有答复必须以百分比（%）表示（合并数据）

- 卫生部	
- 社会服务部	
- 禁毒部	
- 司法部	
- 内政部	
- 教育部	
- 不适用	
- 地方预算（如城市）	
- 公共健康保险	
- 私人健康保险	
- 国际组织	
- 全球基金（全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金）	
- 其他（请具体说明）	
- 共计	100%

C3a. 指出您的资金有多少百分比是通过哪个来源提供的

请按百分比指出上一日历年您的服务获得的资金来源。

C3b. 以当地货币和等值美元计算，贵设施在上一日历年度的总预算是多少？（合并数据）	
当地货币	美元等值

C3b. 以当地货币和等值美元计算，贵设施在上一日历年度的总预算是多少

请用您的本地货币和美元等值注明上一日历年度的年度预算。

自费开支		
C4. 患者接受治疗服务是否有自费部分？（公共数据）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
C5. 住院患者自付（患者直接付款）平均费用/天（指明货币）（合并数据）	当地货币	美元等值
C6. 门诊患者自付（患者直接付款）平均费用/天（指明货币）（合并数据）	当地货币	美元等值

C4.患者接受治疗服务是否有自费部分？

在本栏指出客户是否需要为服务支付直接费用。选择适当的答案。如果治疗对所有客户都是免费的，则选择“否”（例如，因为服务由国家卫生系统通过指定用途的税收或公共健康保险提供资金，或由慈善机构提供资金）。如果所有客户都需要自付/直接支付一定金额，请选择“是”。如果客户有私人保险公司支持，则算为支付治疗费用的（选择“是”）。如果客户总是必须支付总费用的一定百分比作为自付费用，也请选择“是”。

C5. 住院患者自付（患者直接付款）平均费用/天（以当地货币和美元等值表示）

如果患者必须自付费用（对上一个问题选“是”），请估计每个患者住院/寄宿治疗的每日平均费用，以您的本地货币或美元计算。如果这一信息是商业敏感信息，可选择不回答本题。请注明不适用。

C6. 门诊患者自付（患者直接付款）平均费用/天（以当地货币和美元等值表示）

如果患者必须自付费用，请估计每个患者门诊治疗的每日平均费用，以您的本地货币或美元计算。如果这一信息是商业敏感信息，可选择不回答本题。请注明不适用。

C7. 贵设施是否与以下机构建立了合作关系，可向其转交客户？（合并数据）	是
卫生机构（例如医院、全科医生）	<input type="checkbox"/>
社会服务机构（例如住房/教育/就业/服务提供方）	<input type="checkbox"/>
监狱和缓刑局	<input type="checkbox"/>

其他专科戒毒和戒酒治疗机构（门诊或住院）	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------

C7. 贵设施是否与以下机构建立了合作关系，可向其转交客户

如果贵设施与相应机构建立了合作关系，请选择“是”。

C8a. 现场服务提供情况（公共数据）	如果有，选择并具体说明（多项选择）	
戒断管理（脱毒）	<input type="checkbox"/>	
类阿片激动剂维持治疗（即美沙酮或丁丙诺啡）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 处方 <input type="checkbox"/> 配药
短期心理社会支持（不到2周）	<input type="checkbox"/>	
较长期心理社会支持（超过2周）	<input type="checkbox"/>	如果有，请指明不同形式的心理社会治疗：
		<input type="checkbox"/> 认知行为疗法 <input type="checkbox"/> 动机增强疗法 <input type="checkbox"/> 应急管理 <input type="checkbox"/> 家庭疗法 <input type="checkbox"/> 小组辅导 <input type="checkbox"/> 12步辅助 <input type="checkbox"/> 个别辅导 <input type="checkbox"/> 个案管理 <input type="checkbox"/> 互联网/网络治疗 <input type="checkbox"/> 其他（请具体说明）：
现场提供纳洛酮和过量管理服务	<input type="checkbox"/>	
提供外带纳洛酮和过量管理培训	<input type="checkbox"/>	
就业/创收支持	<input type="checkbox"/>	
教育/职业培训	<input type="checkbox"/>	
住房/庇护所支持	<input type="checkbox"/>	
向街头吸毒者提供低门槛服务（例如，外展或收容服务）	<input type="checkbox"/>	
其他（请具体说明）	<input type="checkbox"/>	

C8a. 现场服务提供情况

如果贵设施提供相应的服务，请选择“有”，并适当作具体说明。

C8b. 现有核心治疗服务的提供频率（合并数据）	说明在上一日历年获得此服务的人数	单日内接受治疗的个人客户/患者数量（如有必要，请参阅 D10 的说明）		
		日调查的日期		
		日	月	年
		当日缺勤人数：		
戒断管理（脱毒）				
类阿片激动剂维持治疗（即美沙酮或丁丙诺啡）				
短期心理社会支持（不到 2 周）				
较长期心理社会支持（超过 2 周）				
现场提供纳洛酮和过量管理服务				
提供外带纳洛酮和过量管理培训				
就业/创收支持				
教育/职业培训				
住房/庇护所支持				
向街头吸毒者提供低门槛服务（例如，外展或收容服务）				
其他（请具体说明）				

C8b. 现有核心医疗服务的提供频率

请说明现有服务的提供频率。

C8c. 其他医疗服务的提供情况（综合数据）	说明上一日历年接受此服务的人数	单日内接受治疗的个人客户/患者数量（如有必要，请参阅 D10 的说明）		
		日调查的日期		
		日	月	年
		当日缺勤人数：		
向注射吸毒者提供无菌注射设备				
分发避孕套和润滑剂				
现场药房（监督下配药）				
现场检测艾滋病毒				
现场检测丙型肝炎				
现场检测乙型肝炎				
现场对艾滋病毒/艾滋病进行 ART 治疗				
现场治疗丙型肝炎				
现场注射乙肝疫苗				
现场治疗乙型肝炎				
其他服务（请具体说明）				

艾滋病毒：人体免疫功能丧失病毒

艾滋病：获得性免疫缺陷综合征

ART：抗逆转录病毒治疗

C8c. 其他医疗服务的提供情况

如果贵设施提供相应的服务，请选择“有”，并请说明提供的频率。

C8d. 为特殊人群量身定制/提供的服务（合并数据）	说明上一日历年接受此服务的人数	单日内接受治疗的个人客户/患者数量（如有必要，请参阅 D10 的说明）		
		日调查的日期		
		日	月	年
		当日缺勤人数：		
向囚犯提供与毒品有关的服务				
专门为刑事司法客户提供的服务（刑事司法系统转介但目前未在监狱服刑的罪犯）				
为兼有精神障碍和物质使用障碍（酒精和（或）药物）的客户提供的综合服务				
专为妇女提供的服务				
专为孕妇提供的服务				
专为老年人（>50）提供的服务				
专为患有 SUD 的青少年（12-18 岁）提供的服务				
专为患有 SUD 的儿童（4-11 岁）提供的服务				
专为性工作者提供的服务				
专为少数民族和少数群体、移民和难民提供的服务				
专为无家可归者提供服务				
专为 LGBTI 人员提供的服务				
其他（请具体说明）				

SUD：物质使用障碍

LGBTI：男女同性恋、双性恋、跨性别者和双性人

C8d. 为特殊人群量身定制/提供的服务（综合数据）

说明贵设施是否为特殊人群提供量身定制的服务，并请说明提供的频率。

D 部分：治疗人数（合并数据）（整个 D 部分）

D1. 贵设施治疗的患者类型		请具体说明
所有患者都有物质使用障碍（例如，服务的重点是物质使用障碍）。如果是，请适当选择	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 毒品 <input type="checkbox"/> 酒精和毒品
治疗服务的重点是精神障碍，包括但不限于物质使用障碍	<input type="checkbox"/>	（如回答是，请仔细参阅 D2）
治疗服务的重点是任何疾病（即初级保健、综合医院）	<input type="checkbox"/>	（如回答是，请仔细参阅 D2）
其他（请具体说明）	<input type="checkbox"/>	

D1. 贵设施治疗的患者类型

请根据贵设施的侧重点和贵设施集中服务的患者类型选择适当的框。如果所有患者都有药物使用障碍，请在“请具体说明”一栏选择适当的选项。如果是“其他”，请说明贵机构治疗的患者类型。

D2. 物质使用障碍患者的比例	
请估计您的物质使用障碍患者所占的百分比	_____ %

D2. 物质使用障碍患者的比例

请估计您的物质使用障碍患者所占的比例。如果贵机构侧重于物质使用障碍，则这一数字可能接近 100%。

物质使用障碍治疗的数量，按治疗场合分列									
治疗场合的类型	如果有，即选择	D3.被视为“治疗中”的人数（见说明）		D4.上一日历年治疗事件的总数		D5.治疗平均持续时间（以天为单位）（如果已知）		D6.上一日历年接受治疗的个人客户/患者总数	
		A	E	A	E	A	E	A	E
住院/住宿	<input type="checkbox"/>								
门诊（不包括接受处方类阿片维持治疗的人）	<input type="checkbox"/>								
以上合计									

A 实际数据

E 估计数

如果您无法提供 D3-D6 的准确数据，请填写 D7 单日内接受治疗的总人数。

D7. 单日内接受治疗的总人数	日	月	年
治疗场合的类型	单日内接受治疗的总人数		
住院/住宿			
门诊（不包括接受处方类阿片维持治疗的人）			
接受处方类阿片维持治疗（美沙酮或丁丙诺啡）的人			

如果没有实际数据，请填写估计数。

类阿片维持治疗（美沙酮或丁丙诺啡）：指用处方美沙酮或丁丙诺啡等长效类阿片治疗药物依赖，目的是减少或消除类阿片的使用，并防止使用类阿片造成的有害健康后果和社会后果。

在“总人数”一列提供接受治疗的患者总数。

D3. 被视为“治疗中”的人数

与住院患者相对应的是当前住院或接受住宿治疗的患者人数；与门诊治疗对应的是过去一个月在诊所接受定期治疗的人数。

D4. 每年治疗事件总数

填写一年（上一日历年或有数据的最近一年）治疗事件的总数，按治疗/治疗场合类型分列。

治疗事件数：涉及某一年内收治的总人数，包括重复收治同一客户/患者。

D5. 治疗平均持续时间

填写治疗平均持续时间的估计数（以天为单位）。

D6. 上一日历年接受治疗的个人客户/患者总数

请说明上一日历年接受治疗服务的人数。

D7. 单日内接受治疗的总人数

请说明某一天接受治疗的人数。还请注明观察日期。

DRAFT

物质使用障碍治疗— 治疗数量，按主要物 质分列	具体物质	D8. 上一日历年 治疗事件的 总数	D9. 上一日历年 接受治疗的 个人客户/患 者人数	D10. 单日内接受治疗的个 人客户/患者人数 (见说明)		
				日调查的日期		
				日	月	年
				当日缺勤人数:		
		<input type="checkbox"/> 实际数据 <input type="checkbox"/> 估计数	<input type="checkbox"/> 实际数据 <input type="checkbox"/> 估计数	<input type="checkbox"/> 实际数据 <input type="checkbox"/> 估计数		
1. 酒精	共计					
2. 类阿片	海洛因					
	鸦片					
	处方类阿片					
	其他					
	不详					
	共计					
3. 大麻（包括合成 大麻）	大麻					
	合成大麻素					
	其他					
	不详					
	共计					
4. 可卡因类	快克可卡因					
	可卡因 氢氯化物					
	其他					
	不详					
	共计					
5. 除可卡因以外的兴 奋剂	苯丙胺类药物					
	甲基 苯丙胺类药物					

物质使用障碍治疗— 治疗数量，按主要物 质分列	具体物质	D8. 上一日历年 治疗事件的 总数	D9. 上一日历年 接受治疗的 个人客户/患 者人数	D10. 单日内接受治疗的个 人客户/患者人数 (见说明)		
				日调查的日期		
				日	月	年
				当日缺勤人数:		
	“摇头丸”					
	合成 卡西酮					
	其他					
	不详					
	共计					
6. 催眠药和镇静剂	苯二氮卓类					
	巴比土酸盐					
	其他					
	不详					
	共计					
7. 致幻剂和解离剂	迷幻剂					
	氯胺酮					
	其他					
	不详					
	共计					
8. 挥发性吸入剂	共计					
9. 尼古丁	共计					
10. 其他 (具体说明)	共计					

实际数据优先。如无实际数据，请填入估计数。

如果无法提供 D8-D9 的准确数据，请填写 D10. 单日内接受治疗的个人客户/患者人数。

D8.和 D9.上一日历年治疗事件的总数

填写一年期间（上一日历年或有数据的最近一个日历年）的治疗量数据，按主要物质分列，在 **D8** 填入治疗事件总数，在 **D9** 填入患者总数。如有可能，也请按具体物质填入已知数量小计。否则请确认“不详”类别的小计，或在“其他”类别中填入未列出的物质的数量。

子类别试图使报告治疗量更容易，因为有各种方法来衡量治疗量，但如果只记录了主要物质，请仅在 **D8** 和 **D9** 的相应框中提供总数。

D10. 单日内接受治疗的个人客户/患者人数

请填写贵设施内的单日调查数。至少提前两周选择一个典型的工作日。

DRAFT

E 部分：医疗能力

在完成 E1、E3-E4 时，您可以根据整个设施的数据答复问题，也可仅以物质使用障碍患者为根据答复问题—请在下目选择：（综合数据）

整个设施	<input type="checkbox"/>
仅限于物质使用障碍患者	<input type="checkbox"/>

E1. 物质资源（即建筑物）

住院治疗设施	1.1. 床位数（公共数据）		1.2. 床位占用率（%）（综合数据）
门诊治疗设施	1.3. 与患者见面的房间数（公共数据）		

E1. 物质资源（即建筑物）

将准确的数字填入适用于贵设施的部分，住院或门诊。

对于住院治疗设施：

- 物质使用障碍治疗床位数

这是住院治疗能力的指标。确定住院/住宿治疗客户可用的床位数。在睡眠位置安排不太正式（例如铺在地板上的垫子或毯子）的中心，治疗方案可计算能在设施中安全度过一晚的最多人数，因为“床位”被认为是住宿容量的衡量单位。

- 占用率（%）

患者占用的床位的平均百分比（有数据的最近无论哪一时间段，即上一日历年）。

对于门诊治疗设施：

- 与患者/客户见面的房间数

这是门诊治疗能力的指标。

（公共数据）

E2. 选择一周中贵设施在日间和夜间向客户开放的每一天

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
日间							
夜间							

E2. 选择一周中贵设施日间和夜间向客户开放的每一天

请注明一周内贵设施每天日间和夜间的开放时间。

人力资源（合并数据）	E3. 请说明每种类型工作人员的人数	E4. 相当于全职工作人员的人数
医疗人员		
- 成瘾医学或成瘾精神病学专科医生		
- 普通精神科医生		
- 非精神病学或成瘾医学专科的医生		
护理人员		
- 成瘾/精神科护士		
- 普通护士		
护理助理		
药剂师		
心理咨询师		
社会工作者		
其他专业人员（学士学位水平）		
其他治疗人员（前患者、非专业医务人员……）		
- 外联工作人员		
- 社区卫生工作人员		
- 志愿人员		
- 其他（请具体说明）		
非治疗人员		
- 员工（行政）		
- 志愿者/实习生		

E3. 请说明每种类型工作人员的人数

列出在设施中提供治疗的每一类别的员工总数。（参见 E2 的说明）。

E4. 相当于全职工作人员的人数

要计算“相当于全职工作人员的人数”，请将每个类别中的兼职员工和全职员工相加，以估计相当于全职员工的人数。如果贵设施还为其他类型（即其他精神疾病）的患者提供治疗，则仅将管理物质使用障碍所用的时间比例纳入全职等值估计。

例 1：2 名工作时间为 50% 的工作人员相当于 1 名全职工作人员。

例 2：如果有 2 名全职护士和 3 名半职护士，则相当于全职工作人员的人数为 $2 \times 1 + 3 \times 0.5 = 3.5$ 名。

例 3：在一家精神病院，有 10 名全职精神科医生，他们平均每周花一天时间为物质使用障碍患者看病—这相当于 2 名全职工作人员。

E5. 请描述贵设施在支持物质使用障碍者方面与其他卫生或社会服务机构的联系（最多 250 字）（合并数据）

评论贵设施如何与其他设施和服务机构联系和协作，以便有可能了解整个治疗系统如何运作。例如，包括贵设施的患者通常来自哪里，贵设施是否将患者转诊到其他治疗机构，以及患者是否通常同时接受其他机构的治疗服务。

E6. 请以您乐于向公众展示的方式描述贵设施提供的治疗服务（最多 250 字）（可能公开发布）（公共数据）

描述贵设施提供的服务，像在潜在的治疗设施目录中介绍贵设施一样。如果上述问题不够清楚，请描述所要治疗的患者种类和提供的服务。您还不妨介绍服务理念，或提供有助于人们找到最适合他们的治疗中心的任何其他信息。

E7. 如有关于贵设施的任何进一步信息，请在此处提供。

提供您认为可能无法在本问卷中准确体现的有关贵设施的任何进一步信息，或对本次调查本身的任何反馈意见。如果没有，请说明是否愿意公开发布您的答复（综合数据）

E8. 请估算填写本表格所用的时间： __小时__分钟。

以小时和分钟为单位说明填写本表格所用的时间。包括汇编调查问卷所需的时间-而不是为填写问卷收集所需数据的时间，但包括仅为本次调查完成的新数据分析所用的时间。

此外，如有贵设施的任何照片（即外观），以及其他任何可以公开的视图，请一并提供（其中勿含患者脸部）。

请将填写完毕的调查问卷发送至_____

（注明进行设施调查的当地组织）。

感谢您花时间填写本调查问卷。