**СОЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБСЛУЖИВАЕМОГО**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О.: |  | | | | |
| Номер телефона | |  | | | |
| Дата рождения: | | |  | | |
| Семейное положение: | | | |  | |
| Наличие детей, пол, возраст | | | | |  |
|  | | | | | |

**Текущая ситуация**

**Жилищная ситуация**

Где и с кем Вы проживаете, стабильность этого жилья (собственность, прописка, аренда, жилье партнера и т. д.), насколько Вы зависимы от собственников жилья? Психологический климат в доме: с кем в семье сохраняются доверительные отношения. Если Вы ВИЧ-инфицированы, знают ли о диагнозе те, с кем проживаете?

**Образование и занятость**

Какой у Вас уровень образования. Работали ли до прохождения лечения, если да, то кем? Имеете ли Вы какие-либо профессиональные навыки? Планируете ли учиться? Кем хотели бы работать? Склонности, способности, интересы.

**Отношения**

**Отношения с ребенком/детьми**

С кем и где находился ребенок (дети) во время лечения и прохождения мед. реабилитации. Было ли лишение родительских прав (если да, то по какой причине). Восстановлены ли Вы в родительских правах? Планируете ли воспитывать ребенка(детей)? Участвуете ли Вы в воспитании ребенка (детей)?

Если да, то созданы ли для ребенка (детей) приемлемые условия: есть ли отдельное спальное место для каждого ребенка, оборудовано ли всем необходимым (наличие кровати, места для хранения вещей, игрушек, материалов для обучения и т. д.), какое отношение у членов семьи к ребенку/детям

**Отношения с партнером**

Есть ли постоянный партнер? Зарегистрированы ли отношения? Оказывает партнер поддержку, каково отношение партнера к ребенку/детям, планируют ли совместное проживание? Если клиент ВИЧ-инфицирован, знает ли партнер? ВИЧ- статус партнера? Опыт употребления ПАВ у партнера?

**Отношения с родителями, другими родственниками**

Живы ли родители, какие между ними отношения, оказывают ли поддержку? Если с ними существуют конфликтные отношения, в чем причина? Поддерживаете ли Вы отношения с другими родственниками? Если Вы ВИЧ- инфицирован, знают ли они о диагнозе? Были ли проблемы с алкоголем или наркотиками у родителей и родственников? Есть ли они в данный момент?

**Социальное окружение**

Как изменилось Ваше социальное окружение после начала употребления ПАВ? (Характеристика социального окружения.) Хотели бы Вы изменить круг общения? Какие действия планируете для этого предпринять?

**Здоровье**

**Медицинская история**

Если Вы ВИЧ-инфицированны, проходили ли обследование, состоите ли на учете в Центре СПИДа? Принимаете ли терапию? Если нет, то намерены ли лечиться?

**Опыт употребления ПАВ. Алкоголизм**

Опыт и стаж употребления ПАВ, алкоголя? Как употребление ПАВ, алкоголя повлияло на Вашу жизнь? Проходили ли ранее лечение от наркозависимости, от алкоголизма, где, какое и сколько раз? Страдаете ли алкоголизмом?

**Психическое здоровье**

**Общая информация**

Каков режим сна и питания в настоящее время, уровень активности, есть ли жалобы на депрессивное состояние? Были ли у Вас или членов Вашей семьи случаи психических расстройств?

**Отношение к себе**

Что Вам больше всего нравится в себе? Что бы хотели изменить в себе? Склонен ли к самообвинениям? Сильные стороны, по Вашему мнению? Слабые стороны? Как обычно справляетесь с трудностями?

**Отношение к обществу**

Как Вы относитесь к окружающему Вас обществу? Способны ли Вы проявить агрессию? Если да, то, что может послужить причиной?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ценностные ориентации**

Ваши жизненные ценности, семейные традиции?

**Взаимоотношения с правосудием**

Случаи содержания под стражей, лишения свободы, условного освобождения в настоящее время и в прошлом, сколько раз, по какой статье. Причина совершения правонарушения. Наличие контроля со стороны органов ФСИН (контактные данные инспектора)

Ситуация (на дату принятия на обслуживание) – находитесь ли на условном заключении, либо в ожидании судебного заседания по ранее совершенным деяниям?

**Актуальные потребности**

Ф.И.О., подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения:

/ / \_