



CENTRE FOR ALCOHOL & DRUG DEPENDENCE
Prevention | Treatment | Aftercare

APPLICATION FORM: COMMUNITY-BASED PROGRAM

A. APPLICANT PERSONAL DETAILS

1.	Surname				
2.	Full Name				
3.	Nickname				
4.	Gender	Male		Female	
5.	Age				
6.	Date of Birth				
7.	ID Number				
8.	Home Address				
9.	Telephone Number				
10.	Home Language				
11.	Other Languages				

B. APPLICANT'S WORK HISTORY

1.	Occupation	
2.	Number of years work experience	
3.	Number of disciplinary offenses	
4.	Describe above mentioned.	

C. FAMILY HISTORY

Give a brief description on the following aspects

1.	The environment he/she lives in, especially in regards to substance abuse.
2.	Marriage Status

3.	Children	
4.	Family Relationships	
5.	Are there any signs of the following in the family	
Describe		
Substance Use		
Domestic Violence		
Trauma		
Any other additional information		

D. SCHOLASTIC BACKGROUND

1.	Highest Grade Passed	
2.	Afterschool Qualifications	
3.	Does the person have any hobbies, sport or skills? Please, name them.	

E. CRIMINAL RECORD

1.	Nature of violation/offense				
2.	Date of violation				
3.	Sentence				
4.	Are there any court cases pending	YES		NO	
	If, yes, describe:				
5.	Is the person part of a gang?				
	Which gang?				
	Period?				
	Position in the gang?				
6.	Was the person previously involved in a cult?				
	Comments:				

F. TRAUMA

1.	Was the person ever involved in any traumatic incidents, eg. Motor accident, surgery etc.?	
	Comments:	

G.BACKGROUND ABOUT EMOTIONAL HEALTH

1.	Has the person received any treatment in a psychiatric hospital before?	YES		NO	
2.	Has the person been assessed by a psychiatrist/ psychologist?	YES		NO	
3.	If yes, indicate reasons for referral to psychologist/ psychiatrist:				
	Aggression		Stress		Depression
	Personality Disorder		Behavioral Problems		Sexual Disorders
	Relationship Problems		Obsessive Compulsive		Poor Self-esteem
	Chronic Mental Illness		Fears/ Phobia		Inability to be empathetic
	Substance Abuse		Dependency of medication		Other
	Suicidal Attempts		School/ Learning problems		Specify, please.
Comments:					

H. CURRENT RISK AND VULNERABILITY

1.	Is there a history of self-harm?	YES		NO	
2.	Have there been any previous suicide attempts?	YES		NO	
	If "yes": Describe (Date, method, etc.)				
3.	Are there any concerns in regards to suicide risk, suicidal behavior and suicidal thoughts?	YES		NO	
	If "yes", provide possible causes of suicidal thoughts:				
	Depression		Financial Problems		Guilty Conscious
	Anxiety		Family Problems		Previous attempts
4.	Any areas of concern? Please indicate:				
	Sexual Orientation		Injuries to other		Racism
	Seksuele voorkeure		Selfmutilasie/beserings		Emotional vulnerability
	Aggression		Specify other		

I. RELIGION

1.	Religion	
2.	Church Denomination	
3.	Indicate degree of involvement:	
4.	Does the person receive any support from the church?	

J. SUPPORT STRUCTURE

1.	Does the person receive any support from the family?	
2.	Who is their primary support structure?	
3.	Contact number of nearest family member/significant other	

K. SUBSTANCE USE

		Primary Dependency			
1.	Substance				
	Duration of use				
	Degree/ How much per day				
	Starting Age				
2.	Other substance abused:				
3.	Previous Treatment :				
Name of Centre		Date admitted	Period in Treatment	Completed?	
				Yes	No
If no, reason:					

L. MOTIVATION AND INSIGHT

1.	Person's motivation for treatment	Good		Relative		Poor	
2.	Person's insight in regards to the negative impact of his/her dependency problem:	Good		Relative		Poor	
Comments concerning his/her insight and motivation:							

M. FINANCES

Describe the person's financial circumstances:

N. RESULTS OF SCREENINGTOOLS (ASSIST, Cage, Audit)

O. DETAILS OF REFERRER

NAME AND SURNAME	
OCCUPATION:	
ORGANISATION:	
ADDRESS:	
TEL. NUMBER:	
E-MAIL ADDRESS:	

Suggested Treatment Option

Inpatient Treatment	
Outpatient Treatment	
Other	

Recommendation by Therapist

I, _____, hereby give permission for Toevlug to share information in relation to my treatment program with my below mentioned referrer.

Signature of Referrer: _____

Date: _____

Signature of Applicant: _____

Date: _____

Signature of Therapist: _____

Date: _____



ASSIST

**'n Siftingsvraelys vir die gebruik van Alkohol, Tabakprodukte en ander
Dwelmverwante middels**



Toeplug Sentrum Buitepasiënte Program

NIDA Siftingstoets

Naam	
Geslag	
Ouderdom	
Datum	

Inleiding (Lees vir pasiënt)

Hello, ek is _____, dit is lekker om jou te ontmoet. As dit reg is met jou, gaan ek vir jou 'n paar vrae vra wat gaan help om die beste behandelingsopsie, vir jou, te bepaal. Die vrae handel oor jou geskiedenis met alkohol, sigarette en ander middels. Sommige van die middels waaroor ons gaan praat is dalk voorgeskryf deur 'n dokter (soos pynmedikasie), maar ek gaan net dié aanteken wat gebruik is vir redes of dosisse wat nie in lyn is met die dokters voorskrif nie. Ek gaan ook vrae vra oor onwettige middels wat jy gebruik het, maar slegs om jou beter te diagnoseer en te behandel.

Instruksies: Vul die vraelys saam met die pasiënt in. Lees die vrae vir die pasiënt en verduidelik indien nodig.

Vraag 1

Watter van die volgende middels het jy al ooit in jou hele lewe gebruik? (Vir nie-mediese redes)	Nee	Ja
a) Tabak produkte (sigarette, kou tabak, sigare ens.)		
b) Alkoholiese drankies (bier, wyn, ens.)		
c) Cannabis (Dagga, marijuana, pot, grass, hash, ens.)		
d) Kokaïen (coke, crack, ens.)		
e) Metamfetamien (speed, tik, ice, ens.)		
f) Inhaleermiddels (nitrous oxide, gom, gas, thinners, ens.)		
g) Kalmeerpille of Slaappille (Valium, Serepax, Ativan, Xanax, Librium, Rohypnol, GHB, ens.)		
h) Hallusinogene (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ecstasy, ens.)		
i) Opiate (heroïen, morfien, methadone, kodeïen ens.)		
j) Ander – Noem: Bv. Mandrax		

Indien al die antwoorde negatief, probeer verder uitvra bv. : “Nie eers toe jy op skool was nie”.

Indien die antwoord “Nee” is op al die items, stop die onderhoud.

Indien “ja” op enige van die items, vra vraag 2 vir elke middel wat al gebruik was.

Vraag 2 In die drie laaste maande, hoe dikwels het jy die middels wat jy genoem het gebruik?	Nooit	Een of twee keer	Maandeliks	Weekliks	Daagliks of bykans
a. Tabak produkte (sigarette, kou tabak, sigare ens.)	0	2	3	4	6
b. Alkoholiese drankies (bier, wyn, ens.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (Dagga, marijuana, pot, grass, hash, ens.)	0	2	3	4	6
d. Kokaïen (coke, crack, ens.)	0	2	3	4	6
e. Metamfetamien (speed, tik, ice, ens.)	0	2	3	4	6
f. Inhaleermiddels (nitrous oxide, gom, gas, thinners, ens.)	0	2	3	4	6
g. Kalmeerpille of Slaappille (Valium, Serepax, Ativan, Xanax,)	0	2	3	4	6
h. Hallusinogene (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ecstasy, ens.)	0	2	3	4	6
i. Opiate (heroïen, morfien, methadone, kodeïen ens.)	0	2	3	4	6
j. Ander – Noem: Bv. Mandrax	0	2	3	4	6

Instruksies:

- Vir pasiënte wat “nooit” as antwoord aandui, gaan na **vraag 6**.
- Indien enige middels by vraag 2 gebruik is in die **afgelope drie maande**, gaan aan met vraag 3,4,5 vir elke middel gebruik.

3. In die drie laaste maande, hoe dikwels het jy ’n sterk begeerte, drang (lus) gehad om te gebruik	Nooit	Een of twee keer	Maandeliks	Weekliks	Daagliks of bykans
a. Tabak produkte (sigarette, kou tabak, sigare ens.)	0	3	4	5	6
b. Alkoholiese drankies (bier, wyn, ens.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (Dagga, marijuana, pot, grass, hash, ens.)	0	3	4	5	6
d. Kokaïen (coke, crack, ens.)	0	3	4	5	6
e. Metamfetamien (speed, tik, ice, ens.)	0	3	4	5	6
f. Inhaleermiddels (nitrous oxide, gom, gas, thinners, ens.)	0	3	4	5	6
g. Kalmeerpille of Slaappille (Valium, Serepax, Ativan, Xanax,)	0	3	4	5	6
h. Hallusinogene (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ens.)	0	3	4	5	6
i. Opiate (heroïen, morfien, methadone, kodeïen ens.)	0	3	4	5	6
j. Ander – Noem: Bv. Mandrax	0	3	4	5	6

4. <u>In die afgelope drie maande</u> , hoe dikwels het jou gebruik van jou middel (eerste middel, tweede middel ens.) gelei tot gesondheidprobleme, Maatskaplike probleme of probleme met die gereg of geldelike probleme?	Nooit	Een of twee keer	Maandeliks	Weekliks	Daaglik of bykans daaglik
a. Tabak produkte (sigarette, kou tabak, sigare ens.)	0	4	5	6	7
b. Alkoholiese drankies (bier, wyn, ens.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (Dagga, marijuana, pot, grass, hash, ens.)	0	4	5	6	7
d. Kokaïen (coke, crack, ens.)	0	4	5	6	7
e. Metamfetamien (speed, tik, ice, ens.)	0	4	5	6	7
f. Inhaleermiddels (nitrous oxide, gom, gas, thinners, ens.)	0	4	5	6	7
g. Kalmeerpille of Slaappille (Valium, Serepax, Ativan, Xanax, Rohypnol, ens.)	0	4	5	6	7
h. Hallusinogene (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ens.)	0	4	5	6	7
i. Opiate (heroïen, morfien, methadone, kodeïen ens.)	0	4	5	6	7
j. Ander – Noem: Bv. Mandrax	0	4	5	6	7

Vraag 5

5. <u>Gedurende die drie laaste maande</u> , hoe dikwels het jy nie daarin geslaag om te doen wat van jou verwag word nie, a.g.v. jou middelgebruik? (eerste middel, tweede middel ens.)	Nooit	Een of twee keer	Maandeliks	Weekliks	Daaglik of bykans daaglik
a. Tabak produkte (sigarette, kou tabak, sigare ens.)	0	5	6	7	8
b. Alkoholiese drankies (bier, wyn, ens.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (Dagga, marijuana, pot, grass, hash, ens.)	0	5	6	7	8
d. Kokaïen (coke, crack, ens.)	0	5	6	7	8
e. Metamfetamien (speed, tik, ice, ens.)	0	5	6	7	8
f. Inhaleermiddels (nitrous oxide, gom, gas, thinners, ens.)	0	5	6	7	8
g. Kalmeerpille of Slaappille (Valium, Serepax, Ativan, Xanax, Rohypnol, ens.)	0	5	6	7	8
h. Hallusinogene (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ens.)	0	5	6	7	8
i. Opiate (heroïen, morfien, methadone, kodeïen ens.)	0	5	6	7	8
j. Ander – Noem: Bv. Mandrax	0	5	6	7	8

Instruksies : Vra vraag 6 en 7 vir alle middels wat al ooit gebruik was. .

Vraag 6

Het 'n vriend of familielid of enige ander persoon al <u>ooit</u> hul kommer uitgespreek oor jou gebruik van (eerste middel, tweede middel ens.)	Nee, Nooit	Ja, in die afgelope 3 maande.	Ja, maar nie in die afgelope 3 maande nie.
a. Tabak produkte (sigarette, kou tabak, sigare ens.)	0	6	3
b. Alkoholiese drankies (bier, wyn, ens.)	0	6	3
c. Cannabis (Dagga, marijuana, pot, grass, hash, ens.)	0	6	3
d. Kokaïen (coke, crack, ens.)	0	6	3
e. Metamfetamien (speed, tik, ice, ens.)	0	6	3
f. Inhaleermiddels (nitrous oxide, gom, gas, thinners, ens.)	0	6	3
g. Kalmeerpille of Slaappille (Valium, Serepax, Ativan, Xanax, Rohypnol, ens.)	0	6	3
h. Hallusinogene (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ens.)	0	6	3
i. Opiate (heroïen, morfien, methadone, kodeïen ens.)	0	6	3
j. Ander – Noem: Bv. Mandrax	0	6	3

Vraag 7

Het jy al <u>ooit</u> probeer maar nie daarin geslaag om jou gebruik van die middel te beheer, minder te gebruik/ of op te hou gebruik/	Nee, Nooit	Ja, in die afgelope 3 maande.	Ja, maar nie in die afgelope 3 maande nie.
a. Tabak produkte (sigarette, kou tabak, sigare ens.)	0	6	3
b. Alkoholiese drankies (bier, wyn, ens.)	0	6	3
c. Cannabis (Dagga, marijuana, pot, grass, hash, ens.)	0	6	3
d. Kokaïen (coke, crack, ens.)	0	6	3
e. Metamfetamien (speed, tik, ice, ens.)	0	6	3
f. Inhaleermiddels (nitrous oxide, gom, gas, thinners, ens.)	0	6	3
g. Kalmeerpille of Slaappille (Valium, Serepax, Ativan, Xanax, Rohypnol, ens.)	0	6	3
h. Hallusinogene (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ens.)	0	6	3
i. Opiate (heroïen, morfien, methadone, kodeïen ens.)	0	6	3
j. Ander – Noem: Bv. Mandrax	0	6	3

Vraag 8

	No, never	Yes, in the past 3 months.	Yes, but not in the past 3 months
8. Het jy al ooit enige middel ingespuut (vir nie mediese redes)	0	2	1

Pasiënte wat dwelms binne die drie laaste maande ingespuut het, moet verder uitgevra word oor hul patroon van inspuiting gedurende die periode ten einde hul risikovolke en die gepaste intervensie te bepaal.

Patroon van spuit		
Een maal per week of minder of Minder as drie dae in 'n ry		“Brief intervention” en gee van inligting oor risiko's geassosieer met spuit.
Meer as een keer per week of Drie of meer dae in 'n ry		Verdere assessering en meer intensiewe behandeling

Hoe om die spesifieke substans betrokkenheid telling van 'n pasiënt te verkry

Tel op die tellings wat vir elke middel (genommer van a tot j) gegee is van vraag 2 tot 7. Moet nie die tellings van vraag 1 en vraag 8 bytel nie. Bv. 'n telling vir Cannabis sal soos volg saamgestel word:

Vraag 2 c + Vraag 3c + Vraag 4c + Vraag 5c + vraag 6c + vraag 7c.

Die tipe intervensie word bepaal deur die pasiënt se spesifieke substans betrokkenheid telling.

	Skryf neer die spesifieke telling vir die middel	Geen intervensie	Ontvang “Brief Intervention”	Meer intensiewe terapie
a. Tabak		0 - 3	4 - 26	+27
b. Alkohol		0 - 10	11 - 26	+27
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	+27
d. Kokaïen		0 - 3	4 - 26	+27
e. Metamfetamien		0 - 3	4 - 26	+27
f. Inhaleermiddels		0 - 3	4 - 26	+27
g. Kalmeerpille of Slaappille		0 - 3	4 - 26	+27
h. Hallusinogene		0 - 3	4 - 26	+27
i. Opiate		0 - 3	4 - 26	+27
j. Ander – Noem: Bv. Mandrax		0 - 3	4 - 26	+27