

راهنمای درمان نگهدارنده با متادون

(ویژه پزشکان)

ترجمه و تدوین:

دکتر مصطفی دهمرده‌ئی

(معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان)

دکتر راحله رفائی

(پزشک عمومی - دانشجوی PhD مطالعات اعتیاد)

ویراستار علمی:

دکتر راحله رفائی



عنوان و نام پدیدآور	: راهنمای درمان نگهدارنده با متادون (برای پزشکان) / [تهیه‌کننده]؛ ترجمه و تدوین مصطفی دهمردمئی، راحله رفائی؛ ویراستار علمی راحله رفائی.
مشخصات نشر	: تهران: اندیشه‌آور، ۱۳۹۱.
مشخصات ظاهری	: ۲۸۸ص.
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۸۶۸۲-۶۰-۱: ۱۲۰۰۰ریال
وضعیت فهرست نویسی	: فنی
یادداشت	: عنوان اصلی: CPSNS Methadone maintenance treatment handbook, 2012.
موضوع	: درمان نگهدارنده با متادون
موضوع	: اعتیاد -- درمان
شناسه افزوده	: دهمردمئی، مصطفی، مترجم
شناسه افزوده	: رفائی، راحله، مترجم، ویراستار
شناسه افزوده	: کالج پزشکان و جراحان نواسکوشیا
شناسه افزوده	: College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۱ م/ ۲۸۸/ RC۵۶۸
رده بندی درویی	: ۶۱۶/۸۶۳۲۰۶۱
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۱۰۶۲۳۰



اندیشه‌آور

راهنمای درمان نگهدارنده با متادون

(برای پزشکان)

ترجمه و تدوین:

دکتر مصطفی دهمردمئی

(معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان)

دکتر راحله رفائی

(پزشک عمومی - دانشجوی PhD مطالعات ایجاد)

ناشر: انتشارات اندیشه‌آور

مدیر تولید: علی کاظمیان نسبی

شمارگان و نوبت چاپ: ۱۰۰۰ نسخه، اول ۱۳۹۲

بها: ۱۲۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۸۶۸۲-۶۰-۱

دفتر مرکزی: تهران - کارگر شمالی - نرسیده به بلوار کشاورز - خیابان قدر - پلاک ۱۶ - واحد یک - انتشارات اندیشه‌آور

تلفکس: ۶۶۵۷۰۵۷۹ همراه: ۰۹۱۲۱۵۰۷۵۷۸

مراکز پخش و فروش: تهران، میدان انقلاب، کارگر شمالی، کوچه رستم، پلاک ۲۱، ط ۴ واحد ۸

تلفن: ۶۶۴۹۶۰۳۵ - ۰۹۱۵۳۴۱۸۳۳۷

هرگونه کپی برداری، تکثیر و برداشت جزئی یا کلی بدون اجازه ناشر یا مترجمان طبق قانون پیگرد قانونی دارد.

پیشگفتار مترجمین

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می‌گردد بلکه آسیب‌های اجتماعی نظیر افزایش طلاق، بزهکاری، فحشا و بیکاری را نیز در بر دارد.

تلاش‌های بین‌المللی که از اواسط قرن گذشته در زمینه‌ی تحریم تولید و توزیع این مواد جلوگیری از عرضه‌ی آن‌ها به عمل آمده به دلیل منافع سرشار ناشی از قاچاق مواد مخدر، تاکنون با موفقیت همراه نبوده است. مواد مخدر به ابزار جنگ نرم نیز تبدیل شده و از آن برای ضربه زدن به تمام بخش‌های جوامع استفاده می‌گردد.

بررسی‌های محدود انجام شده در زمینه‌ی میزان شیوع اعتیاد در ایران، همگی مؤید شیوع نسبتاً بالای اعتیاد در کشور ما هستند. همجواری کشور ایران با دو کشور اصلی تولیدکننده‌ی مواد مخدر یعنی افغانستان و پاکستان، موجب گردیده تا خاک ایران بهترین راه عبور این مواد به کشورهای اروپایی باشد و در این نقل و انتقالات، مقداری از این مواد توسط افراد سودجو توزیع و پخش شده و گروهی از افراد جامعه را به کام مرگ بکشاند. در صورتی که هر معتاد، به طور متوسط عضوی از یک خانواده‌ی ۵ نفری باشد حداقل ۱۰ میلیون نفر از مردم کشور ما به نوعی با مشکل اعتیاد و پیامدهای روانی - اجتماعی آن روبرو هستند.

با توجه به روند فزاینده‌ی بروز و شیوع اعتیاد در کشور انجام اقدامات پیشگیری، درمان و بازتوانی با سطح پوشش بسیار گسترده‌تر، جامع‌تر و مؤثرتر ضروری به نظر می‌رسد. هستند کسانی که زندگی خویش را وقف یافتن راهبردهایی که بتواند گوشه‌ای از این معضل فراگیر را بهبود بخشند، نموده‌اند. در دو دهه‌ی اخیر طب اعتیاد در جهان پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشته است و در چرخه‌ی گریزناپذیر تغییر و بهبود مستمر، استفاده از دستاوردهای سایر صاحب‌نظران بسیار مثمر ثمر خواهد بود. نویسندگان کتاب حاضر سعی نموده‌اند راهنمای علمی و کاربردی جهت درمان وابستگی به مواد مخدر ارائه نمایند. صد البته که برای حل مشکل اعتیاد در هر کشور باید با توجه به شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، جغرافیایی و ... خاص آن برنامه‌ریزی نمود. اما طراحان و مجریان برنامه‌های اعتیاد می‌توانند با اتکال به شناخت از جامعه‌ی خود و تسلط بر روش‌های مجرب در جوامع دیگر و با استفاده از قوه‌ی ابتکار خود در مسیر زمان، فعالیت‌های خویش را مورد بازبینی و ارتقاء قرار دهند، چنان‌که در

کشور ما نیز به همین منوال است. می‌توان گفت در کشور پهناوری چون ایران که دارای استان‌هایی با شرایط اقلیمی و فرهنگی بسیار متفاوت است نیز شاید یک نسخه‌ی کلی و یکسان در همه جا کارآمد نباشد. در استان سیستان و بلوچستان به‌عنوان پهناورترین و جوان‌ترین استان کشور با همسایه‌ای که متأسفانه مقام بزرگترین تولیدکننده‌ی خشخاش را در سطح دنیا داراست و تعداد کم مراکز درمان سوء مصرف مواد به علت کمبود پزشک، جهت جذب بیماران معتاد و افزایش ماندگاری بیمارانی که وارد برنامه‌ی درمان اعتیاد شده‌اند، باید تلاشی وافر صورت پذیرد. در حالی که در دانشگاه‌های دیگر، معاونت درمان با سیل درخواست‌های پزشکان جهت راه‌اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد مواجه است، یکی از دغدغه‌های معاونت درمان دانشگاه در این استان، ایجاد مشوق‌هایی است که پزشکان را به راه‌اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد ترغیب نماید.

همواره سعی بر این بوده که ضمن اجرای پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تسریع در صدور مجوز و حداکثر مساعدت در راه‌اندازی و ادامه فعالیت این مراکز انجام گیرد. علاوه بر افزایش تعداد این مراکز، ارتقای کیفیت خدمات درمان اعتیاد نیز از دیگر اهداف معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان است، لذا انتخاب کتاب حاضر «راهنمای درمان نگهدارنده با متادون ۲۰۱۲» از انتشارات دانشگاه نوا اسکوشیای کانادا به‌عنوان یک منبع علمی معتبر و به‌روز، ویژه‌ی پزشکان در طب اعتیاد به جهت انطباق بسیار با پروتکل جاری کشور انتخاب شده که تأکیدی به همان مطالب با بیان دیگر است. شایان ذکر است به دلیل ترجمه بودن این کتاب بخشی از مطالب که مختص کشور کانادا است و وجه انطباقی با پروتکل ایرانی ندارد، ضمن اشاره به این موضوع در پاورقی، صرفاً جهت حفظ امانت در ترجمه و آگاهی خوانندگان محترم آورده شده است. در این جا لازم است به پزشکان درمانگر اعتیاد در خصوص الزام اجرای پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونست وزارت بهداشت تأکید دوباره گردد. فصل آخر با عنوان MMT در ایران به همین جهت به کتاب افزوده شد.

ذکر این نکته ضروری است که ترجمه با توجه به اصطلاحات موجود در زمینه‌ی اعتیاد و با استفاده از کتاب «واژه‌نامه‌ی کاهش تقاضا دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت» انجام شده است. امید آن می‌رود که مورد توجه همکاران و دست‌اندرکاران درمان اعتیاد قرار گیرد.

بدیهی است ترجمه‌ی کتاب حاضر خالی از نقص نبوده و مترجمین هدایت و راهنمایی عزیزان در قالب نظرات اصلاحی را با گشاده‌رویی پذیرفته و موجب امتنان خواهد بود.
(Dahmardehei@zaums.ac.ir و Rahele_Rafaie@yahoo.com)

در پایان لازم است از همکاری خانم فاطمه معمری که کار ویراستاری و صفحه‌آرایی این کتاب را بر عهده گرفته و به نحو بسیار عالی به انجام رسانده است، صمیمانه قدردانی و تشکر نماییم.

دکتر مصطفی ده‌مردنی

دکتر راحله رفائی

فروردین ماه ۱۳۹۲

www.ketab.ir

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۵.....	پیشگفتار مترجمین
۲۱.....	فصل اول / مبانی
۲۳.....	۱.۱ تاریخچه‌ی MMT در درمان اعتیاد به مواد مخدر
۲۵.....	۲.۱ کارآیی متادون
۲۶.....	۳.۱ داروشناسی متادون
۲۷.....	۱.۳.۱ زیست‌فراهمی
۲۷.....	۲.۳.۱ توزیع
۲۷.....	۳.۳.۱ سوخت و ساز
۲۸.....	۴.۳.۱ دفع
۲۹.....	۵.۳.۱ تحمل
۲۹.....	۵.۱ همکاری بین مشاغل (IPC)
۲۹.....	۱.۵.۱ همکاری و ارتباط پزشک - داروساز
۳۰.....	۶.۱ نتیجه‌گیری
۳۱.....	فصل دوم / پزشکان MMT و جایگاه‌های طبابت
۳۲.....	۱.۲ دستیابی به مجوز (توزیع قانونی) متادون
۳۳.....	۲.۲ جایگاه‌های طبابت پزشک MMT
۳۳.....	۱.۲.۲ طب MMT (ادغام شده) در مراقبت‌های اولیه
۳۳.....	۲.۲.۲ طبابت متمرکز بر MMT
۳۴.....	۳.۲.۲ طبابت MMT مبتنی بر جامعه
۳۴.....	۴.۲.۲ طبابت MMT مبتنی بر بیمارستان و مراکز اصلاح و تربیت (زندان)

فصل سوم / گزینه‌هایی غیر از MMT برای اعتیاد به مواد مخدر	۳۵
دیدگاه کلی	۳۵
۱.۳ درمان‌های مبتنی بر پرهیز	۳۶
۱.۱.۳ معیارهایی برای درمان مبتنی بر پرهیز	۳۷
۲.۱.۳ دارودرمانی برای درمان سیستمیک ترک مواد مخدر	۳۷
۲.۳ درمان بوپرنورفین	۳۹
۱.۲.۳ بوپرنورفین: مسائل عملی	۴۰
فصل چهارم / ارزیابی اولیه بیمار	۴۱
دیدگاه کلی	۴۱
۱.۴ معیارهایی برای MMT	۴۳
۱.۱.۴ بزرگسالان	۴۳
۲.۴ ارزیابی بیمار برای آغاز MMT	۴۴
۱.۲.۴ سابقه عمومی	۴۴
۲.۲.۴ سابقه اعتیادها	۴۴
۳.۲.۴ سابقه پزشکی	۴۵
۱.۳.۲.۴ سابقه قلبی عروقی	۴۵
۲.۳.۲.۴ درد مزمن یا راجعه	۴۶
۳.۳.۲.۴ بیماری‌های منتقله از راه خون	۴۶
۴.۲.۴ سابقه روانپزشکی	۴۶
۵.۲.۴ سابقه اجتماعی	۴۶
۶.۲.۴ معاینه فیزیکی متمرکز	۴۶
۷.۲.۴ آزمایش مواد مخدر ادرار (UDS)	۴۶
۱.۷.۲.۴ آزمایش مواد مخدر ادرار ابتدایی منفی	۴۶
۲.۷.۲.۴ UDS ابتدایی مثبت از لحاظ متادون	۴۷

۴۷	 ۸.۲.۴ سایر آزمایش‌ها
۴۸	 ۳.۴ مستندسازی در برنامه MMT
۴۸	 ۱.۳.۴ برنامه نظارت بر تجویز متادون
۴۸	 ۲.۳.۴ توافق‌نامه درمان
۵۱	فصل پنجم / تقسیم دوز در طول مراحل القاء، پایداری و نگهدارنده
۵۱	 دیدگاه کلی
۵۶	 ۱.۵ نگارش نسخه متادون
۵۷	 ۲.۵ راهکارهای کاهش خطرات متادون
۵۹	 ۳.۵ معیارهای بالینی برای تنظیم دوز
۶۰	 ۱.۳.۵ شرایطی که غالباً با محرومیت اشتباه گرفته می‌شوند
۶۲	 ۲.۳.۵ مستندسازی برای تنظیم دوز
۶۲	 ۴.۵ دوز ابتدایی متادون
۶۳	 جدول ۵: دوز اولیه متادون
۶۳	 ۵.۵ مرحله القاء
۶۳	 ۱.۵.۵ تقسیم دوز در طول مرحله القاء
۶۴	 ۲.۵.۵ دوزهای فراموش شده در طول مرحله القاء
۶۵	 ۶.۵ مرحله پایداری
۶۶	 ۱.۶.۵ تقسیم دوز در طول مرحله پایداری
۶۶	 ۲.۶.۵ دوزهای فراموش شده در طول مرحله پایداری
۶۷	 ۷.۵ مرحله نگهدارنده: دوز مطلوب متادون
۶۷	 ۱.۷.۵ دوزهای فراموش شده در طول مرحله نگهدارنده
۶۷	 ۲.۷.۵ دوزهای زیر ۶۰ mg
۶۸	 ۳.۷.۵ دوزهای بالای ۱۲۰ mg
۶۸	 ۱.۳.۷.۵ خطرات دوزهای بالای متادون

۶۸	۲.۳.۷.۵ ارزیابی و نظارت
۶۹	۳.۳.۷.۵ مدیریت دوزهای بالا
۷۰	۴.۳.۷.۵ علائم محرومیت مداوم در بیماران مصرف‌کننده دوزهای بالا
۷۰	عوامل احتمالی علائم محرومیت مداوم عبارتند از:
۷۰	مصرف مداوم مواد مخدر
۷۱	۸.۵ خلاصه مدیریت دوزهای فراموش شده
۷۳	۹.۵ دوزهای مجزا
۷۳	۱۰.۵ دوزهای استفراغ شده
۷۴	۱۰.۱.۵ استفراغ در بارداری
۷۵	فصل ششم / آزمایش مواد مخدر ادرار (UDS)
۷۵	دیدگاه کلی
۷۷	۱.۶ تکنیک‌های آزمایش ادرار
۷۷	۲.۶ تقلب/تعویض ادرار
۷۸	۱.۲.۶ روش نمونه‌گیری
۷۹	۳.۶ تفسیر آزمایش مواد مخدر ادرار و واکنش درمانگر
۸۰	۴.۶ آزمایش مواد مخدر ادرار ابتدایی
۸۱	۵.۶ برنامه نمونه‌گیری آزمایش ادرار
۸۱	۱.۵.۶ برنامه نمونه‌گیری آزمایش مواد مخدر ادرار با دوز منزل
۸۳	فصل هفتم / بردن متادون به منزل (دوز منزل)
۸۳	دیدگاه کلی
۸۹	۱.۷ دوزهای منزل: خطرات
۸۹	۱.۱.۷ سوء استفاده
۹۰	۲.۱.۷ جعبه قفل‌دار
۹۰	۲.۷ دوز منزل: معیارها
۹۱	۳.۷ برنامه‌های دریافت دوز منزل

۹۱	۱.۳.۷ اولین دوز منزل
۹۱	۲.۳.۷ دوز منزل آخر هفته زمانی که دسترسی به مرکز در آخر هفته محدود است ...
۹۲	۳.۳.۷ دریافت دوز بعدی منزل
۹۳	۴.۳.۷ برنامه تسریع شده دوز منزل
۹۳	۴.۷ دوز منزل در مواقع استثناء
۹۵	۵.۷ تعلیق دوز منزل
۹۵	۱.۵.۷ عود مصرف مواد
۹۵	۲.۵.۷ تعلیق دوز منزل بنا به دلایلی غیر از مصرف مواد
۹۶	۶.۷ دوز منزل برای بیماران مصرف کننده بنزودیازپین ها یا مواد مخدر
۹۷	۷.۷ دوز ۱۳ روزه معمول برای متعهدین کار
۹۹	فصل هشتم / خروج داوطلبانه و غیر داوطلبانه از MMT
۹۹	دیدگاه کلی
۱۰۰	خروج از درمان داوطلبانه
۱۰۱	خروج از درمان داوطلبانه
۱۰۲	۱.۸ خروج داوطلبانه از درمان
۱۰۳	۲.۸ خروج غیر داوطلبانه (اجباری) از درمان
۱۰۳	۱.۲.۸ شاخص هایی برای خروج اجباری از درمان
۱۰۴	۲.۲.۸ فرآیند خروج اجباری بیمار از درمان
۱۰۷	فصل نهم / مشاوره و مددکاری
۱۰۷	دیدگاه کلی
۱۰۸	۱.۹ تیم درمان
۱۰۸	۲.۹ نقش تجویز کننده متادون
۱۰۹	۳.۹ مددکاری
۱۱۰	۴.۹ عوامل درمانی
۱۱۰	۱.۴.۹ رابطه درمانی

۱۱۰	۲.۴.۹ عوامل درمانی دیگر
۱۱۲	۳.۴.۹ مفاهیم بهبودی
۱۱۲	۴.۴.۹ فواید درمان نگهدارنده متادون
۱۱۳	۵.۴.۹ مهارت‌ها و تکنیک‌های مشاوره
۱۱۵	برنامه‌ریزی هدف
۱۱۵	۵.۹ منابع جامعه
۱۱۷	فصل دهم / MMT با اختلالات جسمانی و روانی همزمان
۱۱۷	دیدگاه کلی
۱۱۹	۱.۱.۱ اختلالات جسمانی
۱۱۹	۱.۱.۱.۱ هپاتیت C و HIV
۱۲۱	۲.۱.۱.۱ هپاتیت A و B
۱۲۱	۳.۱.۱.۱ بیماری‌های کبدی، کلیوی، تنفسی و قلبی
۱۲۲	۴.۱.۱.۱ درد حاد
۱۲۲	۵.۱.۱.۱ درد غیر سرطانی مزمن
۱۲۳	۱.۵.۱.۱.۱ متادون به عنوان ضد درد
۱۲۳	۲.۵.۱.۱.۱ داروهای شبه افیونی همراه با متادون
	۳.۵.۱.۱.۱ پیشگیری از سوء مصرف و استفاده غیرمجاز هم در بیماران متادون و هم در بیماران مصرف‌کننده داروهای شبه افیونی
۱۲۳	
۱۲۴	۲.۱.۱ بیماری روانی
۱۲۴	۱.۲.۱.۱ اضطراب و اختلالات خلقی
۱۲۵	۲.۲.۱.۱ مسائل مدیریت
۱۲۵	۳.۱.۱ هم‌ابتلایی (ابتلای هم‌زمان) به مصرف چند ماده
۱۲۶	۱.۳.۱.۱ در معرض خطر مشروبات
۱۲۷	۲.۳.۱.۱ داروای مسکن - خواب‌آور از جمله بنزودیازپین‌ها

۱۲۸	 ۳.۳.۱۰ محرک ها
۱۲۸	 ۴.۳.۱۰ ماری جوآنا
۱۲۹	 فصل یازدهم / مسمومیت با متادون
۱۲۹	 دیدگاه کلی
۱۳۰	 ۱.۱۱ تقسیم‌بندی دوز و ارزیابی برای مسمومیت احتمالی با متادون
۱۳۰	 ۱.۱.۱۱ تعریف دوز سمی
۱۳۱	 ۲.۱.۱۱ ارزیابی بیمار MMT که ممکن است دوز سمی مصرف کرده باشد:
۱۳۱	 ۲.۱۱ ارجاع بیمار به اورژانس برای مصرف دوز بیش از حد
۱۳۲	 ۳.۱۱ خودداری از رفتن به اورژانس
۱۳۵	 فصل دوازدهم / ملاحظات MMT در طول بارداری
۱۳۵	 دیدگاه کلی
۱۳۷	 ۱.۱۲ اثرات متادون بر نوزاد
۱۳۸	 ۱.۱.۱۲ محرومیت مواد مخدر در نوزاد (سندرم پرهیز نوزادی یا NAS)
۱۳۸	 ۲.۱۲ MMT در طول بارداری
۱۳۸	 ۱.۲.۱۲ درمان بستری در مقابل درمان سرپایی
۱۳۹	 ۲.۲.۱۲ تقسیم‌بندی دوز متادون در طول بارداری
۱۳۹	 ۱.۲.۲.۱۲ برقراری یک دوز نگهدارنده
۱۴۰	 ۲.۲.۲.۱۲ تنظیم دوز در طول بارداری
۱۴۰	 ۳.۲.۲.۱۲ مدیریت دوزهای استفرغ شده
	 ۳.۱۲ کاهش تدریجی دوز در MMT یا بازگیری در طول بارداری (مدیریت خروج از
۱۴۰	 درمان متادون مادر قبل از زایمان)
۱۴۱	 ۴.۱۲ مراقبت قبل از زایمان برای بیماران MMT
۱۴۱	 ۵.۱۲ مدیریت (درمان) در طول زایمان برای بیماران باردار MMT
۱۴۲	 ۶.۱۲ مدیریت (درمان) بعد از زایمان برای بیماران MMT
۱۴۲	 ۱.۶.۱۲ تقسیم‌بندی دوز

۱۴۲	 ۲.۶.۱۲ پشتیبانی
۱۴۲	 ۳.۶.۱۲ شیردهی
۱۴۳	 ۱.۳.۶.۱۲ شیردهی و هپاتیت C و HIV
۱۴۳	 ۷.۱۲ گزارش به مراکز حمایت از کودکان
۱۴۵	 فصل سیزدهم / MMT در امکانات تأدییی (اصلاح و تربیت)
۱۴۵	 دیدگاه کلی
۱۴۷	 ۱.۱۳ رویکردهای درمان در مراکز تأدییی
۱۴۷	 ۱.۱.۱۳ روش درمان
۱۴۸	 ۲.۱.۱۳ آزمایش ادرار
۱۴۸	 ۳.۱.۱۳ دوزهای فراموش شده یا استفراف شده
۱۴۸	 ۲.۱۳ ادامه MMT فعال
۱۴۸	 ۱.۲.۱۳ مسائل خاص ارائه MMT در مراکز تأدییی
۱۴۸	 ۱.۱.۲.۱۳ متادون آورده شده با بیمار
۱۴۸	 ۲.۱.۲.۱۳ توافقنامه درمان
۱۴۸	 ۳.۱.۲.۱۳ تقسیم دوز در زمان پذیرش
۱۴۹	 ۴.۱.۲.۱۳ افزایشهای دوز توسط پرستار
۱۵۰	 ۳.۱۳ مصرف مشاهده شده
۱۵۱	 ۴.۱۳ آغاز MMT در یک مرکز تأدییی (زندان)
۱۵۱	 ۵.۱۳ مصرف بیش از حد متادون به طور تصادفی
۱۵۲	 ۶.۱۳ شرایط MMT خارج از مرکز
۱۵۲	 ۷.۱۳ برنامه ریزی درمان برای ترخیص
۱۵۲	 ۱.۷.۱۳ برنامه ریزی درمان - تاریخ مشخص ترخیص
۱۵۲	 ۲.۷.۱۳ برنامه ریزی درمان - تاریخ نامشخص یا غیر منتظره ترخیص
۱۵۳	 ۸.۱۳ دوز منزل

۱۵۳	 ۹.۱۳ خروج اجباری
۱۵۵	 فصل چهاردهم / MMT مبتنی بر بیمارستان
۱۵۵	 تعریف‌های قابل توجه
۱۵۶	 دیدگاه کلی
۱۵۸	 ۱.۱۴ دستورالعمل‌هایی برای مدیران و داروخانه‌های بیمارستان
۱۵۸	 ۲.۱۴ پزشکان MMT شاغل در بیمارستان
۱۵۸	 ۸.۲.۱۴ تحقیق در مورد دوز متادون خارج از بیمارستان
۱۵۸	 ۲.۲.۱۴ ارزیابی بیمار در بیمارستان
۱۵۹	 ۳.۲.۱۴ دستور متادون بیمارستان
۱۵۹	 ۴.۲.۱۴ بیماران "بدون مصرف دهانی" (NPO)
۱۵۹	 ۵.۲.۱۴ تنظیم دوز
۱۶۰	 ۶.۲.۱۴ آغاز MMT در بیمارستان
۱۶۰	 ۷.۲.۱۴ مدیریت بازگیری مواد مخدر
۱۶۱	 ۸.۲.۱۴ ترخیص از بیمارستان
۱۶۳	 فصل پانزدهم / MMT در ایران
۱۶۳	 دیدگاه کلی
۱۶۶	 ۱.۱۵ معیارهای ورود به برنامه درمان نگهدارنده با متادون
۱۶۶	 ۲.۱۵ شرح وظایف پرسنل مرکز درمان سوء مصرف مواد
۱۶۶	 ۱.۲.۱۵ شرح وظایف پزشک درمانگر اعتیاد
۱۶۷	 ۲.۲.۱۵ شرح وظائف روانشناس یا کارشناس مشاوره
۱۶۷	 ۳.۲.۱۵ شرح وظائف پرستار/بیمار:
۱۶۷	 ۴.۲.۱۵ شرح وظائف مددکار اجتماعی:
۱۶۸	 ۳.۱۵ واحد قمر
۱۶۸	 ۴.۱۵ درمان با بوپرنورفین

۱۶۸	۱.۴.۱۵ معیارهای درمان نگهدارنده با بوپرنورفین
۱۶۹	۲.۴.۱۵ مراحل درمان نگهدارنده با بوپرنورفین
۱۶۹	۳.۴.۱۵ دوز منزل
۱۶۹	۵.۱۵ درمان با تنتور اوپیوم
۱۷۱	۱.۵.۱۵ مراکز مجاز عرضه درمان با تنتور اوپیوم
۱۷۱	۲.۵.۱۵ مشخصات درمانگران مراکز عرضه تنتور اوپیوم
۱۷۲	۲.۵.۱۵ مراحل درمان نگهدارنده با تنتور اوپیوم
۱۷۲	۶.۱۵ ظرفیت پذیرش بیمار
۱۷۳	۷.۱۵ نظارت و پایش
۱۷۳	۱.۷.۱۵ نظارت در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی
۱۷۴	۲.۷.۱۵ نظارت در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۷۴	۳.۷.۱۵ نظارت در سطح ستاد مبارزه با مواد مخدر
۱۷۵	۸.۱۵ رسیدگی به تخلفات
۱۷۶	پیوست ۱-۱۵: آیین‌نامه راه اندازی مراکز درمان سوء مصرف مواد
۱۷۶	فصل اول- تعاریف
۱۷۷	فصل دوم- شرایط تأسیس و بهره برداری
۱۷۸	فصل سوم - شرایط و وظایف مؤسس / مؤسسان
۱۷۸	فصل چهارم - شرایط و وظایف مسئول یا مسئولان فنی مراکز
۱۷۹	فصل پنجم- شرایط و وظایف کادر نیروی انسانی
۱۸۰	فصل ششم- شرایط ساختمانی، تأسیساتی و تجهیزاتی
۱۸۱	فصل هفتم - مقررات عمومی
۱۸۱	فصل هشتم- درمان با داروهای آگونیست افیونی
۱۸۶	فصل نهم - تخلفات
۱۸۸	پیوست ۱۵-۲: فرم‌های پرونده MMT
۱۸۸	فرم شماره ۱ - تعهدنامه‌ی درمان

فرم شماره‌ی ۲ (فرم اطلاعات پایه).....	۱۹۰
تاریخچه مصرف و درمان مواد افیونی.....	۱۹۲
تاریخچه اقدامات درمانی / قضایی.....	۱۹۳
دستورالعمل فرم شماره ۲.....	۱۹۵
فرم شماره ۳ / Maudsley Addiction Profile.....	۱۹۷
دستورالعمل فرم شماره ۳ (MAP).....	۲۰۰
فرم شماره ۴ / فرم دستورات پزشک.....	۲۰۱
دستورالعمل فرم شماره ۴ / فرم دستورات پزشک.....	۲۰۲
دستورالعمل فرم شماره ۵.....	۲۰۵
(فرم پیگیری توسط پزشک).....	۲۰۵
فرم شماره ۶ / فرم تنظیم دوز متادون توسط پزشک.....	۲۰۷
دستورالعمل فرم شماره ۶.....	۲۰۸
فرم شماره ۷ (فرم روانشناس).....	۲۱۰
دستورالعمل فرم شماره ۷.....	۲۱۰
فرم شماره ۸ (فرم پرستار).....	۲۱۱
دستورالعمل فرم شماره ۸.....	۲۱۲
پیوست ۱۵-۳: چک لیست نظارت.....	۲۱۳
پیوست ۱۵-۴: فرم ارجاع بیمار.....	۲۲۱
پیوست ۱۵-۵: چک لیست جعبه اورژانس.....	۲۲۲
پیوست ۱۵-۶: چک لیست تجهیزات.....	۲۲۴
منابع فصل ۱۵.....	۲۲۷
پیوست‌ها.....	۲۲۷
پیوست A: واکنش‌های دارو با دارو.....	۲۲۷
پیوست B: نمونه توافق‌نامه درمان پزشک- داروساز.....	۲۳۰
پیوست E: نمونه توافق‌نامه درمان نگهدارنده با متادون.....	۲۳۵
پیوست F: نمونه فرم ارزیابی ابتدایی بیمار.....	۲۴۱

پیوست G: اعتیادهای رفتاری	۲۴۸
پیوست H: داروهایی که باعث طولانی شدن فاصله زمانی QTc می‌شوند	۲۴۹
پیوست I: نمونه نسخه‌های متادون	۲۵۲
پیوست J: راهنمای بیمار در مورد مصرف بیش از حد متادون	۲۵۵
پیوست K: نمونه یادداشت بالینی نگهدارنده متادون	۲۵۸
پیوست L: تفسیر آزمایش ادرار	۲۶۰
پیوست M: توافق‌نامه دوز منزل	۲۶۳
پیوست N: نمونه پرسشنامه آمادگی برای کاهش تدریجی دوز متادون	۲۶۵
پیوست O: مقایسه با توصیه پزشکی (AMA)	۲۶۷
پیوست P: مدیریت اورژانسی افزایش مصرف متادون	۲۷۰
پیوست R: فهرست اختلالات	۲۷۳
منابع	۲۷۷