EK:1

…………….. Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne/

………………..Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Müdürlüğüne

İlgi:...............................................tarih ve ................................... sayılı yazınız.

İlgi yazınızla denetimli serbestlik tedbiri kapsamında tedavi amacı ile sağlık tesisimize gönderilen ........................... hakkında düzenlenen rapor ekte sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

Sağlık Tesisi Yöneticisi/

Yetki Devredilen Yönetici

İmza

EK:

-Rapor (1 Adet)

Birden fazla rapor aynı yazı ekinde gönderilmesi halinde aşağıdaki şekil kullanılır.

................. Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne/

………………..Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Müdürlüğüne

İlgi: a)..............................tarih ve ................................... sayılı yazınız.

b) .............................tarih ve ................................... sayılı yazınız.

c) .............................tarih ve ................................... sayılı yazınız.

İlgi a), b), c) … yazınızla denetimli serbestlik tedbiri kapsamında tedavi amacı ile sağlık tesisimize gönderilen, ........., ........., ve ........... hakkında düzenlenen raporlar ekte sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

Sağlık Tesisi Yöneticisi/

Yetki Devredilen Yönetici

İmza

EKLER:

Rapor (…. Adet)

EK:2

RAPOR

………. Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimli Serbestlik Müdürlüğünün/Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Müdürlüğünün ….../........./......... tarihli ve ................................... sayılı yazısı ile denetimli serbestlik tedbiri kapsamında tedavi amacı ile sağlık tesisimize gönderilen, ………….…. oğlu/kızı ......…/……/……… doğumlu ..............................…………’nun yapılan değerlendirmesinde;

1. Adı geçen .….../........./............tarihinde başvurmuş olup, sevk tarihinden itibaren **5 iş günü içerisinde sağlık tesisimize gelmemiştir.** Ancak hastaya gerekli tetkik ve tedavi başlanmıştır. Tedavi sonunda ayrıca bilgi verilecektir.

b) Adı geçenin tedavi gereklerine uygun davranmaması nedeni ile **uyumsuz** olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporudur.

c) Adı geçenin **tedavisine gerek olmadığını** bildirir tıbbi kanaat raporudur.

d) Adı geçenin **altı oturumluk bağımlılık programına alınmasına** karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporudur. Program sonunda hastanın durumu hakkında ayrıca bilgi verilecektir.

e) Adı geçenin, ileri tedavi görmesi gerektiğine karar verilmiş olup **Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezine sevkinin** sağlanmasının uygun olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporudur.

Tarih: ……./……/…………..

Dr.: …………………………..

İmza :………………………….

EK:3

Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmeti Kuralları

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sıra No | Kural | İhlal Puanı |
| 1 | Uygun olmayan numune vermek. | 50 |
| 2 | Numuneyi tarif edilen şekilde vermemek. | 50 |
| 3 | Üzerinde madde bulundurmak. | 50 |
| 4 | Tedavi ekibine karşı, küfür etmek, sözel tehdit veya fiziksel şiddette bulunmak. | 50 |
| 5 | Üzerinde kesici, delici alet bulundurmak. | 30 |
| 6 | Randevu veya grup çalışmalarına katılmamak. | 25 |
| 7 | Kendisine veya sağlık tesisinde çevreye zarar verici davranışta bulunmak. | 25 |
| 8 | Randevu veya grup çalışmalarına geç katılmak. | 20 |
| 9 | Tedavi ekibine sözle yanıltıcı davranışta bulunmak. | 20 |
| 10 | Sağlık tesisinde, çevresiyle sözlü kavga etmek veya küfürlü konuşmak. | 20 |
| 11 | Oturumlarda madde kullanımını özendirecek konuşma ve davranışlarda bulunmak. | 20 |
| 12 | Eğitim esnasında, düzeni bozucu sözel veya fiziki davranışta bulunmak. | 15 |
| Tedavi sürecinde, sağlık tesisinde sunulan tedavi hizmeti kurallarına uymayan ve toplam 50 ihlal puanı alanın tedavi takibi sonlandırılır. | | |

Tedavi kurallarını okudum ve anladım. Kuralları ihlal etmem halinde hakkımda yapılacak işlemleri kabul ediyorum……./…../201…

Tebliğ Eden Tebellüğ Eden

Adı soyadı: Dr.………...… Adı soyadı: ...………..

İmza:…………………….. İmza:…………………

EK:4

RAPOR

……………………………….. Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimli Serbestlik Müdürlüğünün ….../........./......... tarihli ve ................................... sayılı yazısı ile denetimli serbestlik tedbiri kapsamında tedavi amacı ile sağlık tesisimize gönderilen, ……………………………………………………..…….... oğlu/kızı......…/……/……… doğumlu ..............................…………’nun yapılan değerlendirmesinde;

a) Adı geçenin, altı oturumluk takip ve tedavi programına **uyumlu** olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporudur.

b) Adı geçenin;

1) Tedavinin gereklerine uygun davranmaması nedeni ile,

2) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımına devam etmesi nedeni ile,

tedavi programına **uyumsuz** olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporudur.

c) Adı geçenin ileri tedavi için **madde bağımlılığı tedavi merkezine sevkinin** sağlanmasının uygun olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporudur.

Tarih: ……./……/……….

Dr.: …………………………..

İmza :………………………….

EK:5

Denetimli Serbestlik Bağımlılık Programı Değerlendirme Formu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oturum adı | Uygulayıcının Adı-Soyadı/imzası | İhlal Madde Numarası | İhlal Puanı | Uyum düzeyi | | |
| Denetimli Serbestlik bilgilendirme ve bağımlılık kavramı  Tarih: ….../........./......... |  |  |  | ⓪ | ① | ② |
| Uyuşturucu/uyarıcı maddeler ve etkileri  Tarih: ….../........./......... |  |  |  | ⓪ | ① | ② |
| Motivasyon kazandırma  Tarih: ….../........./......... |  |  |  | ⓪ | ① | ② |
| Duygu, düşünce ve davranış döngüsü  Tarih: ….../........./......... |  |  |  | ⓪ | ① | ② |
| Tekrar kullanmaya başlamayı önleme  Tarih: ….../........./......... |  |  |  | ⓪ | ① | ② |
| İyileşmek  Tarih: ….../........./......... |  |  |  | ⓪ | ① | ② |

Program sonucu:

Tamamlandı. Toplam ihlal puanı:………………….

Bağımlılık tedavi merkezine gönderildi. Diğer, açıklayın:………………………

Uygulayanın,

Adı-Soyadı : ………………………

Unvanı : ………………………

İmzası :………………………

EK:6

Altı Oturumluk Bağımlılık Programı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oturum Adı ve İçeriği | Uygulama Tarihi | Uygulama Saati |
| **Oturum 1:** **Denetimli Serbestlik, Bağımlılık ve Özellikleri, Bağımlılık Yapan Maddeler ve Etkileri:**  Denetimli serbestlik hakkında bilgilendirme.  Bağımlılığın tanımı ve özellikleri  Bağımlılık yapan maddeler ve etkileri.  Alkolün sınırları |  |  |
| **Oturum 2: Beyin ve Bağımlık:**  Maddenin sinir sistemi üzerindeki etkileri.  Maddenin beyin üzerindeki etkileri  Beyinin maddeye reaksiyonu  Maddenin insan davranışlarına etkisi |  |  |
| **Oturum 3: Bağımlılığın Gelişimi :**  Madde kullanmaya başlama nedenleri.  Bağımlılığın gelişim dönemleri.  Bağımlılığı sürdüren etkenler.  Madde kullanmaya başladıktan sonraki olumsuz yaşantılar. |  |  |
| **Oturum 4: Bağımlılığa Yol Açan Etkenler:**  Duygular hakkında bilgilendirme.  Kullanmayı tetikleyecek duyguları tanımlayabilme.  Duygu, düşünce ve davranış döngüsü.  Duygular ve madde kullanımı.  Duyguların düşünceye dönmesine izin vermeme.  Yüksek riskli durumlar. |  |  |
| **Oturum 5: Bağımlılıkta Yinelemeyi Önleme:**  Madde kullanmayı bırakmanın önemi.  Kaymanın tanımlanması.  Erken kaymanın önemi.  Madde kullanma dürtüsü ve dürtüyle başa çıkma yöntemleri. |  |  |
| **Oturum 6: İyileşmek İçin Gerekli Olan Adımlar:**  Hayatı programlamak.  Riskli durumların saptanması ve başa çıkma yolları.  Karar dengesi.  Israrla başa çıkmanın yolları. |  |  |

*Not: Her oturum sonunda bilgi notu dağıtılabilir.*

Tebliğ Eden Tebellüğ Eden

Adı soyadı: ….………...… Adı soyadı: ....……….. İmza:…………………….. İmza:…………………

EK:7

Türk Ceza Kanunu’nun 191. Maddesi kapsamında verilen “Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri” kişiye çeşitli yükümlülükler getirir:

Buna göre;

Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alır, kabul eder veya bulundurur ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanırsanız, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılabilirsiniz.

Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri uygulamasından sonra 5 yıl boyunca bu kapsamdaki suçlardan tekrar yakalanmanız halinde, ceza infazının gerçekleşebileceğini bilmeniz önemlidir.

EK:8

RAPOR

………………………………… Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimli Serbestlik Müdürlüğünün ….../........./......... tarihli ve ...................................sayılı yazısı ile Denetimli Serbestlik tedbiri kapsamında tedavi amacı ile sağlık tesisimize gönderilen,………….…. oğlu/kızı ......…/……/……… doğumlu ..............................…………’nun yapılan değerlendirmesinde;

a) Adı geçen, .….../........./........... tarihinde başvurmuş olup, sevk tarihinden itibaren **5**

**iş günü içerisinde tedavi merkezimize gelmemiştir**. Ancak hastaya gerekli tetkik ve tedavi başlanmıştır. Tedavi sonunda ayrıca bilgi verilecektir.

b)Adı geçenin, **üç aylık ayakta tedavi programına alınmasına** karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporudur. Tedavi sonunda ayrıca bilgi verilecektir.

c) Adı geçenin, **yatarak tedavi görmesine ve yatarak tedavi bitiminde üç aylık ayakta tedavi programına alınmasına** karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporudur. Adı geçen …/…/…… tarihte yatırılmıştır./Adı geçenin …/…/…… tarihinde yatırılması için randevu verilmiştir. Tedavi sonunda ayrıca bilgi verilecektir.

Tarih: ……./……/……….

Dr.: …………………………..

İmza :………………………….

EK:9

RAPOR

………. Denetimli Serbestlik Müdürlüğünün ….../........./......... tarihli ve ................................... sayılı yazısı ile Denetimli Serbestlik tedbiri kapsamında tedavi amacı ile tedavi merkezimize gönderilen, ……………………………………………………..…….... oğlu/kızı......…/……/……… doğumlu ..............................…………’nun yapılan değerlendirmesinde;

a) Adı geçenin, tedavi programına **uyumlu** olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporudur.

b) Adı geçenin;

1) Tedavinin gereklerine uygun davranmaması nedeni ile,

2) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımına devam etmesi nedeni ile,

tedavi programına **uyumsuz** olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporudur.

Tarih: ……./……/……….

Dr.: …………………………..

İmza :………………………….

EK:10

RAPOR

………. Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimli Serbestlik Müdürlüğünün ….../........./......... tarihli ve ................................... sayılı yazısı ile Denetimli Serbestlik tedbiri kapsamında tedavi amacı ile tedavi merkezimize gönderilen, ……………………………………………………..…….... oğlu/kızı......…/……/……… doğumlu ..............................…………’nun yapılan değerlendirmesinde;

a)Adı geçenin, **ileri tedavi görmesi gerektiğine** karar verilmiş olup tedavi **Merkezimizde tedaviye alınmasının uygun olduğunu** bildirir tıbbi kanaat raporudur.

Tarih: ……./……/……….

Dr.: …………………………..

İmza :………………………….

b)Adı geçenin, **üç aylık ayakta tedavi programına alınmasına** karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporudur. Tedavi sonunda ayrıca bilgi verilecektir.

c) Adı geçenin, **yatarak tedavi görmesine ve yatarak tedavi bitiminde üç aylık ayakta tedavi programına alınmasına** karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporudur. Adı geçen …/…/…… tarihte yatırılmıştır./Adı geçenin …/…/…… tarihinde yatırılması için randevu verilmiştir. Tedavi sonunda ayrıca bilgi verilecektir.

Tarih: ……./……/……….

Dr.: …………………………..

İmza :………………………….