

Name: _____ MRN: _____ Date: _____ Tier: _____

Medication Assisted Treatment Check In: (circle) 0 = Low 10 = High

Cravings	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Constipation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anxiety	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sleep: Poor Fair Good Very Good
Have you been drinking any alcohol? Yes No
Do you have Narcan? Yes No
Is your dose working for you? Yes No
How many strips do you have left? _____

What is your schedule of taking your Medication? _____

Triggers I encountered this week? _____

What I did for my recovery this week? _____

Time Constraints for Appt/Group, other concerns, and side effects? _____

UDS: THC BUPG TCA BAR BZO MTD AMP MOP OXY MDMA COC PCP MET

TEMP: _____ COLLECTION TIME: _____ HCG WOMEN ONLY: _____ BREATHALYZER: _____

.SA11MATSMACHECKIN

Nombre: _____ MRN: _____ Fecha: _____ Tier: _____

Registración de Medicamento Asistido con tratamiento: (Circulo) 0 = Bajo 10 = Alto

Antojos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estrenimiento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Duermes: Nada Poco Bien Muy Bien
Has tomado Alcohol? Si No
Tienes Narcan? Si No
Su dosis funcionado para usted? Si No
Cuántas tiras te quedan? _____

Cual es su horario de tomar su medicamento? _____

Has tenido tentaciones para usar esta semana? _____

Lo que hice para mi recuperacion esta semana? _____

Tuviste algun contra tiempo para asistir a tus cita (o) grupos? Tuviste algun efecto secundario? _____

UDS: THC BUPG TCA BAR BZO MTD AMP MOP OXY MDMA COC PCP MET

TEMP: _____ COLLECTION TIME: _____ HCG WOMEN ONLY: _____ BREATHALYZER: _____

.SA11MATSMACHECKIN