Министерство здравоохранения и социальных служб США
Форма для закупки налоксона
Индийской службы здравоохранения

Дата отчета:_____ Дата и приблизительное время происшествия: _____

1. Место происшествия (выбрать одно):
   - ☐ Частное жилье
   - ☐ Отель или мотель
   - ☐ Центр лечения наркомании
   - ☐ Убежище
   - ☐ Тротуар или улица
   - ☐ Дом престарелых
   - ☐ Под опекой Бюро по делам индейцев
   - ☐ Другое: _____

2. Кто-то вводил пациенту налоксон до Вашего прибытия (выбрать один)? Да ☐ Нет ☐

3. Какие физические признаки необходимы для применения налоксона (выбрать все необходимое)?
   - ☐ Кожа пациента посинела
   - ☐ Пациент не дышал или дышал очень неглубоко
   - ☐ Пациент не реагировал на потирание грудной клетки или попытки разбудить его
   - ☐ Наркотики или упаковки от наркотиков на месте происшествия
   - ☐ Наличие в анамнезе наркомании
   - ☐ Сообщение о наркомании от очевидца
   - ☐ Другое: _____

4. Какой вид налоксона применяли (выбрать все необходимое)?
   - ☐ Налоксон спрей назальный
   - ☐ Налоксон автоинжектор для внутримышечного введения
   - ☐ Налоксон автоинжектор для подкожного введения
   - ☐ Налоксон для инъекций с атомайзером для интраназального введения

5. Сколько доз применяли?_____

6. Что произошло после того, как Вы дали пациенту налоксон (выбрать все необходимое)?
   - ☐ Пациент проснулся от передозировки
   - ☐ Пациента вырвало
   - ☐ Пациент был обеспокоен или агрессивен
   - ☐ Пациента отправили в больницу
   - ☐ Пациент не проснулся от передозировки и умер
   - ☐ Другое:

Фамилия и имя специалиста первого реагирования:_____ Подпись:_____

После заполнения формы, передать в аптеку Индийской службы здравоохранения.