

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

Дата выдачи: _____

1. Учреждение Индийской службы здравоохранения, _____ согласно указанию _____ местного медицинского работника, будет предоставлять специалисту первого реагирования наборы для лечения передозировки _____, содержащие налоксон.
2. Фармацевт (или уполномоченное им лицо) _____ подтвердил, что специалист первого реагирования _____ прошел обучение об утвержденном налоксоне и передозировке опиоидами и компетенции от медицинского работника.
3. Специалистов первого реагирования инструктируют:
 - ☐ Хранить налоксон вдали от прямого попадания света и при комнатной температуре (59-86°F);
 - ☐ Визуально осмотреть налоксон и проверить наличие осадка перед каждой сменой;
 - ☐ Заменить просроченный или поврежденный налоксон в аптеке Индийской службы здравоохранения; и
 - ☐ Если налоксон применяется на месте происшествия, специалист первого реагирования должен вернуться в аптеку
 - ☐ Индийской службы здравоохранения, чтобы еще раз заполнить форму отчетности для применения налоксона.
4. Набор для лечения передозировки опиоидов содержит как минимум один из следующих пунктов (выбрать все необходимое):
 - ☐ Налоксон спрей назальный
 - ☐ Налоксон автоинжектор для внутримышечного или подкожного введения
 - ☐ Налоксон для инъекций со шприцем и атомайзером для интраназального введения
5. Набор для лечения передозировки опиоидов также содержит следующее (выбрать все необходимое):
 - ☐ Перчатки
 - ☐ Маску для искусственного дыхания
 - ☐ Инструкции по применению налоксона
 - ☐ Другое: _____
6. Причина для замены набора (выбрать один):
 - ☐ Его применяли в экстренных случаях (также необходимо заполнить форму отчетности для применения налоксона)
 - ☐ Истек срок годности
 - ☐ Он поврежден (описать) _____
 - ☐ Он потерян (описать) _____
7. № партии: _____ Дата истечения срока годности: _____

(Печать)

(Подпись)

Фармацевт (или уполномоченное им лицо)

(Печать)

(Подпись)

Специалист первого реагирования
Контактный номер телефона: _____

Заполненная форма будет передана в аптеку Индийской службы здравоохранения: