

नालोक्सोन प्रवेश फाराम (छोटो)
NALOXONE INTAKE FORM – Nepali (reduced)

FOR OFFICE USE ONLY

<p>Form identification number: _____</p> <p>Date of Kit Distribution: ___/___/___</p> <p>Number of kits provided: _____</p> <p>Kit is for: <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Service entity</p> <p>How is this naloxone funded?</p> <p><input type="radio"/> ODH (General Allocation and/or IN Grant) <input type="radio"/> Other _____</p>	<p style="text-align: center;">Distribution Setting:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="radio"/> Community Access Point <input type="radio"/> Corrections/Court System <input type="radio"/> ED/Urgent Care <input type="radio"/> FQHC/non-LHD Clinic <input type="radio"/> Hospital System <input type="radio"/> Lay Distribution Network <input type="radio"/> Leave-Behind (EMS/LEO) <input type="radio"/> Local Health Department (LHD) <input type="radio"/> Mobile Unit </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="radio"/> Online Mail-order <input type="radio"/> Pharmacy <input type="radio"/> QRT <input type="radio"/> School/University <input type="radio"/> Street Outreach <input type="radio"/> Syringe Service Program <input type="radio"/> Treatment/Recovery <input type="radio"/> Other _____ </td> </tr> </table> <p>Zip Code of Distribution Setting: _____ <input type="radio"/> N/A (online)</p> <p>County of Distribution Setting: _____ <input type="radio"/> N/A (online)</p>	<input type="radio"/> Community Access Point <input type="radio"/> Corrections/Court System <input type="radio"/> ED/Urgent Care <input type="radio"/> FQHC/non-LHD Clinic <input type="radio"/> Hospital System <input type="radio"/> Lay Distribution Network <input type="radio"/> Leave-Behind (EMS/LEO) <input type="radio"/> Local Health Department (LHD) <input type="radio"/> Mobile Unit	<input type="radio"/> Online Mail-order <input type="radio"/> Pharmacy <input type="radio"/> QRT <input type="radio"/> School/University <input type="radio"/> Street Outreach <input type="radio"/> Syringe Service Program <input type="radio"/> Treatment/Recovery <input type="radio"/> Other _____
<input type="radio"/> Community Access Point <input type="radio"/> Corrections/Court System <input type="radio"/> ED/Urgent Care <input type="radio"/> FQHC/non-LHD Clinic <input type="radio"/> Hospital System <input type="radio"/> Lay Distribution Network <input type="radio"/> Leave-Behind (EMS/LEO) <input type="radio"/> Local Health Department (LHD) <input type="radio"/> Mobile Unit	<input type="radio"/> Online Mail-order <input type="radio"/> Pharmacy <input type="radio"/> QRT <input type="radio"/> School/University <input type="radio"/> Street Outreach <input type="radio"/> Syringe Service Program <input type="radio"/> Treatment/Recovery <input type="radio"/> Other _____		
<p>उमेर <input type="radio"/> 14 वा सोभन्दा कम <input type="radio"/> 15-24 <input type="radio"/> 25-34 <input type="radio"/> 35-44 <input type="radio"/> 45-54 <input type="radio"/> 55-64 <input type="radio"/> 65+</p> <p>तपाईं कुन लिङ्गसँग बढी चिन्नुहुन्छ?</p> <p><input type="radio"/> महिला <input type="radio"/> पुरुष <input type="radio"/> नन-बायनरी / लिङ्ग तरल पदाथर <input type="radio"/> बताउन चान्तिन <input type="radio"/> सूचीबद्ध छैन _____</p> <p>तपाईं आफूलाई कुन जाति(हरू) र जनजातीको व्यक्ति ठान्नुहुन्छ ? कृपया एउटा छान्नुहोस् ।</p> <p><input type="radio"/> श्वेत <input type="radio"/> अश्वेत/अफ्रिकी अमेरिकी <input type="radio"/> हिस्पानिक/ल्याटिनो <input type="radio"/> एसियाली <input type="radio"/> हवाईको मूल निवासी/प्यासिफिक आइल्यान्डर</p> <p><input type="radio"/> अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काको मूल निवासी <input type="radio"/> अन्य <input type="radio"/> बताउन चाहन्न</p> <p><input type="radio"/> बहु-जातीय/बहु-जनजातीय (लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्)</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> श्वेत <input type="checkbox"/> अश्वेत/अफ्रिकी अमेरिकी <input type="checkbox"/> हिस्पानिस/ल्याटिनो <input type="checkbox"/> एसियाली <input type="checkbox"/> हवाईको मूल निवासी/प्यासिफिक आइल्याण्डर <input type="checkbox"/> अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काको मूल निवासी <input type="checkbox"/> अन्य </p>			
<p>तपाईं कुन ओहायो जिप कोडमा बस्नुहुन्छ ? _____ <input type="radio"/> बताउन चाहन्न <input type="radio"/> म ओहायोमा बस्दिन</p> <p>तपाईं ओहायोको कुन काउन्टीमा बस्नुहुन्छ ? _____ <input type="radio"/> बताउन चाहन्न <input type="radio"/> म ओहायोमा बस्दिन</p>			
<p>के यो तपाईंले प्राप्त गरेको पहिलो नालोक्सोन (Narcan) किट हो ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन</p> <p><i>यदि पहिलो होइन भने पहिले प्राप्त गरेको किट के गर्नुभयो ?</i></p> <p><input type="radio"/> मेरो किटलाई ओभरडोज भएको अर्को व्यक्तिमा प्रयोग गरिएको थियो । → के उक्त मान्छे बाँच्यो ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन</p> <p><input type="radio"/> मेरो किट ममाथि नै प्रयोग गरिएको थियो</p> <p><input type="radio"/> मेरो किटमा भएको औषधीको म्याद सकिएको थियो ।</p> <p><input type="radio"/> अन्य</p>			
<p>नालोक्सोन (Narcan) को लक्षित प्रयोग: <input type="checkbox"/> यदि मलाई ओभरडोज भएमा <input type="checkbox"/> यदि मेरो साथी वा परिवारको सदस्यलाई ओभरडोज भएमा</p> <p><input type="checkbox"/> यदि मैले कुनै ओभरडोज भएको व्यक्ति देखेमा</p>			