

NALOXONE सेवन फाराम (NALOXONE INTAKE FORM)

INDIVIDUAL DISTRIBUTION

FOR OFFICE USE ONLY

Form identification number: _____ Date of Kit Distribution: ____/____/____ Number of kits provided: _____ How is this naloxone funded? <input type="radio"/> ODH Project DAWN <input type="radio"/> Other (non-ODH) _____ What is the role of the person distributing naloxone? <input type="radio"/> Community Health Worker/Public Health Professional <input type="radio"/> First Responder/Law Enforcement Officer <input type="radio"/> Healthcare/Behavioral Health Provider <input type="radio"/> Lay Distributor <input type="radio"/> Peer <input type="radio"/> Pharmacist <input type="radio"/> Volunteer <input type="radio"/> Other _____	Distribution Setting: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="radio"/> Community Access Point <input type="radio"/> Court System <input type="radio"/> ED/Urgent Care <input type="radio"/> FQHC/non-LHD Clinic <input type="radio"/> Hospital System <input type="radio"/> Jail/Corrections <input type="radio"/> Leave-Behind (EMS/LEO) <input type="radio"/> Local Health Department (LHD) <input type="radio"/> Mobile Unit </div> <div> <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"/> Vending/Dispensing Machine <input type="radio"/> Other _____ </div> </div>	
	Zip Code of Distribution: _____ <input type="radio"/> N/A (online) County of Distribution: _____ <input type="radio"/> N/A (online)	

उमेर ☐ 14 वर्ष वा सोभन्दा कम ☐ 15-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-54 ☐ 55-64 ☐ 65+ ☐ बताउन चाहन्न

तपाईं आफूलाई कुन लिङ्गको रूपमा पहिचान गराउनुहुन्छ?

☐ महिला ☐ पुरुष ☐ गैर-बाइनरी/जेन्डर फ्लुड ☐ बताउन चाहन्न ☐ सूचीबद्ध गरिएको छैन _____

तपाईं आफूलाई कुन वर्ण(हरू) र जाति मान्नुहुन्छ? कृपया एउटा छान्नुहोस्।

☐ श्वेत ☐ अश्वेत/अफ्रिकी अमेरिकी ☐ हिस्प्यानिक/ल्याटिनो ☐ एसियाली ☐ हवाई निवासी/प्रशान्त टापुवासी

☐ अमेरिकी भारतीय वा अलस्का निवासी ☐ अन्य ☐ बताउन चाहन्न

☐ बहु-वर्गीय/बहु-जातीय (तल लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)

☐ श्वेत ☐ अश्वेत/अफ्रिकी अमेरिकी ☐ हिस्प्यानिक/ल्याटिनो ☐ एसियाली

☐ हवाई निवासी/प्रशान्त टापुवासी ☐ अमेरिकी भारतीय वा अलस्का निवासी ☐ अन्य

तपाईं Ohio को कुन जिप कोडमा बस्नुहुन्छ? _____ ☐ बताउन चाहन्न ☐ म Ohio मा बस्दिन

तपाईं Ohio को कुन काउन्टीमा बस्नुहुन्छ? _____ ☐ बताउन चाहन्न ☐ म Ohio मा बस्दिन

तपाईंले गत वर्ष लागूपदार्थ (गाँजाबाहेक अन्य) प्रयोग गर्नुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन ☐ बताउन चाहन्न

तपाईंले कहिल्यै ओभरडोज लिनुभएको छ अरूले ओभरडोज लिएको देख्नुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन ☐ बताउन चाहन्न

यो तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको पहिलो naloxone (Narcan) किट हो? ☐ हो ☐ होइन ☐ बताउन चाहन्न

होइन भने, तपाईंको पहिलेको किट के भयो?

☐ मेरो किट मलाई वा ओभरडोज लिएको अरू कसैलाई प्रयोग गरिएको थियो → त्यो व्यक्ति बाँच्यो? → हो ☐ होइन ☐ बताउन चाहन्न

☐ मेरो किटमा भएको औषधिको म्याद समाप्त भयो

☐ अन्य

☐ बताउन चाहन्न