

## АНКЕТА: ЗАСТОСУВАННЯ НАЛОКСОНУ (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?

☐ ODH Project DAWN ☐ Other (non-ODH) \_\_\_\_\_

What is the role of the person distributing naloxone?

- ☐ Community Health Worker/Public Health Professional  
☐ First Responder/Law Enforcement Officer  
☐ Healthcare/Behavioral Health Provider  
☐ Lay Distributor  
☐ Peer  
☐ Pharmacist  
☐ Volunteer  
☐ Other

#### Distribution Setting:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Community Access Point        | <input type="radio"/> Online Mail-order          |
| <input type="radio"/> Court System                  | <input type="radio"/> Pharmacy                   |
| <input type="radio"/> ED/Urgent Care                | <input type="radio"/> QRT                        |
| <input type="radio"/> FQHC/non-LHD Clinic           | <input type="radio"/> School/University          |
| <input type="radio"/> Hospital System               | <input type="radio"/> Street Outreach            |
| <input type="radio"/> Jail/Corrections              | <input type="radio"/> Syringe Service Program    |
| <input type="radio"/> Leave-Behind (EMS/LEO)        | <input type="radio"/> Treatment/Recovery         |
| <input type="radio"/> Local Health Department (LHD) | <input type="radio"/> Vending/Dispensing Machine |
| <input type="radio"/> Mobile Unit                   | <input type="radio"/> Other _____                |

Zip Code of Distribution: \_\_\_\_\_

☐ N/A (online)

County of Distribution: \_\_\_\_\_

☐ N/A (online)

Вік ☐ 14 років чи менше ☐ 15–24 ☐ 25–34 ☐ 35–44 ☐ 45–54 ☐ 55–64 ☐ 65+ ☐ Вважаю за краще не повідомляти

До якої статі ви швидше за все відносите себе?

☐ Жінка ☐ Чоловік ☐ Небінарна/гендерфлюїдна особа ☐ Вважаю за краще не повідомляти ☐ Не вказано

До якої раси і етнічної групи ви себе відносите? Потрібно вибрати щось одне.

- ☐ Білі ☐ Чорні/афроамериканці ☐ Іспаномовні/латиноамериканці ☐ Азіати ☐ Корінні гавайці / жителі тихоокеанських островів  
☐ Американські індіанці або корінні жителі Аляски ☐ Інше ☐ Вважаю за краще не повідомляти  
☐ Багаторасова/багатонаціональна група (нижче відмітьте все, що застосовується)

- ☐ Білі ☐ Чорні/афроамериканці ☐ Іспаномовні/латиноамериканці ☐ Азіати  
☐ Корінні гавайці / жителі тихоокеанських островів ☐ Американські індіанці або корінні жителі Аляски ☐ Інше

Який у вас поштовий індекс в штаті Ohio? \_\_\_\_\_ ☐ Вважаю за краще не повідомляти ☐ Я не мешкаю в штаті Ohio

У якому окрузі штату Ohio ви мешкаєте? \_\_\_\_\_ ☐ Вважаю за краще не повідомляти ☐ Я не мешкаю в штаті Ohio

Ви вживали наркотики за останній рік (не марихуану)? ☐ Так ☐ Ні ☐ Вважаю за краще не повідомляти

У вас коли-небудь було передозування? Або, можливо, ви були свідками передозування? ☐ Так ☐ Ні ☐ Вважаю за краще не повідомляти

Ви отримали цей набір налоксону (Narcan) уперше? ☐ Так ☐ Ні ☐ Вважаю за краще не повідомляти

Якщо ні, що стало з вашим минулим набором?

- ☐ Мій набір використовувався мною або кимось іншим, у кого було передозування → Той інший вижив? ☐ Так ☐ Ні ☐ Вважаю за краще не повідомляти  
☐ Збіг термін дії ліків в моєму наборі  
☐ Інше  
☐ Вважаю за краще не повідомляти