

Dato:	30.06.16	Treningssted:	Prindsen
Navn:	Harald Naloksonerud	Personnummer:	041286-00001
Trener navn:	Øystein Koordinatorsen	Vil ikke svare	<input type="checkbox"/>

FOR INTERVJUER: LES HVERT SPØRSMÅL. KRYSS AV SVARET SOM PASSER BEST.

Nylig erfaring med overdose vennligst svar på spørsmål om den siste erfaring med overdose

1. Hva skjedde med din forrige nalokson neseppray?							
<input checked="" type="checkbox"/>	Brukt mot overdose (→ #2)	<input type="checkbox"/>	Annet:				
<input type="checkbox"/>	Ikke brukt: mistet, stjålet, ødelagt (→ #5)	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt				
2. Hvis brukt mot overdose, hvem trengte det?							
<input type="checkbox"/>	Venn	<input type="checkbox"/>	Selv				
<input checked="" type="checkbox"/>	Bekjent	<input type="checkbox"/>	Barn				
<input type="checkbox"/>	Kjæreste	<input type="checkbox"/>	Andre				
<input type="checkbox"/>	Fremmed/ukjent	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt / vil ikke svare				
<input type="checkbox"/>	Samboer / ektefelle						
3. Vet du hvilke rusmidler som ble brukt da overdosen skjedde? Flere kryss mulig							
<input checked="" type="checkbox"/>	Heroin: sprøyte <input checked="" type="checkbox"/> røyket <input type="checkbox"/> vet ikke <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkohol				
<input type="checkbox"/>	Buprenorfin (Subutex/Suboxone)	<input type="checkbox"/>	Antidepressiva/antipsykotika				
<input type="checkbox"/>	Benzodiazepiner	<input type="checkbox"/>	GHB/GBL				
<input type="checkbox"/>	Kokain	<input type="checkbox"/>	Vet ikke				
<input type="checkbox"/>	Metadon	<input type="checkbox"/>	Andre rus- eller legemidler (spesifiser)				
<input type="checkbox"/>	Amfetamin/meth	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt				
4. Hvor skjedde overdosen?							
<input type="checkbox"/>	I egen bolig	<input type="checkbox"/>	Bil				
<input checked="" type="checkbox"/>	I en annens bolig	<input type="checkbox"/>	Annet: (spesifiser)				
<input type="checkbox"/>	På gata eller annet offentlig sted	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt				
5. Den siste gangen du så en overdose, hva gjorde du eller andre som var tilstede?							
	JA	NEI	Vet ikke		JA	NEI	Vet ikke
a. Ringte ambulanse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Prøvde å vekke personen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lagt i stabilt sideleie (på siden)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Injiserte sentralstimulerende midler, vann eller salt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gitt pustehjelp/ HLR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Nalokson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet: (spesifisere)				Ikke aktuelt			

6. Hvor mange doser (0.4mL = 1 dose) av nalokson ble gitt for denne overdosen? Flere kryss mulig							
<input checked="" type="checkbox"/> 0.4 (1 dose)	<input checked="" type="checkbox"/> 0.4 (1 dose)	<input type="checkbox"/> 0.4 (1 dose)	<input type="checkbox"/> 0.4 (1 dose)	<input type="checkbox"/> 0.4 (1 dose)	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt	
7. Hvordan ble nalokson administrert?							
<input checked="" type="checkbox"/> I nese	<input type="checkbox"/> Injeksjon	<input type="checkbox"/> Andre: (spesifiser)	<input type="checkbox"/> Vet ikke / ikke aktuelt				
8. Hva var symptomer etter nalokson? (flere kryss mulig)							
Kvalme <input checked="" type="checkbox"/>	Forvirret <input checked="" type="checkbox"/>	Sjokk <input type="checkbox"/>	Trøtt <input type="checkbox"/>	Oppkast <input type="checkbox"/>	Sint <input type="checkbox"/>	Ingenting <input type="checkbox"/>	Annet (spesifiser)
9. Hvis da nalokson ikke ble gitt, hva var årsaken? Flere kryss mulig							
<input type="checkbox"/>	Hadde ikke nalokson	<input type="checkbox"/>	Turte ikke å gi nalokson				
<input type="checkbox"/>	Visste ikke hvordan man bruker nalokson	<input type="checkbox"/>	Noen andre ga nalokson				
<input type="checkbox"/>	Visste hvordan man bruker nalokson, men kunne ikke gi det da av andre årsaker.	<input type="checkbox"/>	Person ønsket ikke å få nalokson				
Ikke aktuelt: <input checked="" type="checkbox"/>							
10. Hvis ambulanse kom, ble personen tatt med til:							
<input checked="" type="checkbox"/> Sykehuset	<input type="checkbox"/> Akuttposten	<input type="checkbox"/> Legevakt	<input type="checkbox"/> Andre steder: _____	<input type="checkbox"/> Personen ble ikke med			
<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt			<input type="checkbox"/> Vet ikke				
11. Hvor trygg er du i dag på at du vet hvordan du skal bruke nalokson for å behandle fremtidige overdoser?							
<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> Noe	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input checked="" type="checkbox"/> Ganske	<input type="checkbox"/> Veldig trygg			
12. Overlevde personen overdosen?							
<input checked="" type="checkbox"/> Ja, overlevde	<input type="checkbox"/> Nei, døde	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt				
13. Å se noen ta en overdose kan være en traumatisk og vanskelig opplevelse. Ønsker du muligheten til å snakke med noen om din opplevelse?							
<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt					

Skriv litt om hva som har skjedd:

Din informasjon er svært verdifull for oss, og vi er svært takknemlig for hjelpen!