

**Vid naloxonutbildning med utdelning: Formulär 1**Refill av naloxon använd vid **egen** överdos: Formulär 2Refill av naloxon använt vid **annans** överdos: Formulär 3Utlämning av **nytt** naloxonkit / **uppföljning**: Formulär 4**1**

Namn				Datum		
Personnummer				Utbildning vid		
Samtycke	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej			Record ID	Fylls i av registrator	
Uppföljningsmånad	Efter 6 mån: _____	12 mån: _____	18 mån: _____	24 mån: _____	30 mån: _____	36 mån: _____

 Kryssa för det/de alternativ som stämmer!**1. a) Har du själv drabbats av opioidöverdos?** (dvs opioidintag som har krävt antingen medicinsk behandling eller att utomstående har fått ingripa, pga medvetlöshet eller andningssvikt)

- Ja, vid \_\_\_\_\_ antal tillfällen, senast \_\_\_\_\_ (datum)
- Nej → Fråga 2.  Vet ej → 2.  Vill ej svara → 2.

**b) Vad var bakgrunden till din senaste opioidöverdos?** (Flera svar möjliga)

- Kom från behandling/fängelse/uppehåll  Jag ville bli frisk
- Jag ville uppnå maximal effekt  Annat:
- Jag ville inte leva

**c) Vilket eller vilka droger/preparat tror du ledde till din senaste opioidöverdos?** (Flera svar möjliga)

- |                 |  |                     |  |
|-----------------|--|---------------------|--|
| Heroin          | <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja | Kokain              | <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja |
| Bensodiazepiner | <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> ja | Pregabalin (Lyrica) | <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja |
| Alkohol         | <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja | Sömnmedel           | <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja |
| Fentanyl        | <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja | Annat: _____        |  |
| Buprenorfin     | <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja | Vet ej              | <input type="radio"/>                              |
| Metadon         | <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja | Vill ej svara       | <input type="radio"/>                              |

<b>Sömnmedel:</b> Zolpidem/ Stilnoct Zopiklon/ Imovane
--

**2. Har du bevittnat någon annans opioidöverdos?**

- Ja, vid \_\_\_\_\_ antal tillfällen  Nej  Vet ej  Vill ej svara

**3. Hur känner man igen en opioidöverdos?** Personen är / har...

(Flera svar möjliga)

- Snarkande andning, oregelbunden eller ingen andning
- Blå om läppar och naglar
- Blek, kall, svag puls
- Medvetlös

**4. Vad gör du om du bevittnar en opioidöverdos?**

(Flera svar möjliga)

- Ringer 112, ambulans
- Ger naloxon
- Lungräddning (inblåsningar)
- Läger i stabilt sidoläge
- Stannar hos personen tills ambulans kommer
- Annat (beskriv vad): \_\_\_\_\_

**5. Eget bruk de senaste 30 dagarna:***(Flera svar möjliga)*

Heroin  Nej  Ja  
Bensodiazepiner  Nej  ja  
Alkohol  Nej  Ja  
Fentanyl  Nej  Ja  
Buprenorfin  Nej  Ja  
Metadon  Nej  Ja

Kokain  Nej  Ja  
Pregabalin (Lyrica)  Nej  Ja  
Sömnmedel  Nej  Ja  
Annat: \_\_\_\_\_  
Vet ej   
Vill ej svara

Sömnmedel:  
Zolpidem/  
Stilnoct  
Zopiklon/  
Imovane

**6. Händer det att du är osäker på innehållet i det (preparat/drog) du tar?**

Ja  Nej  Tar inget  Vill ej svara

**7. Känner du att du vet hur du ska göra vid en överdos?**

Ja  Nej  Annat: \_\_\_\_\_

**Kommentarer:**