

## Arkusz oceny ryzyka przedawkowania i planu bezpieczeństwa

Każdy narkotyk/lek ma inne działanie, a niektóre z nich powodują większe ryzyko przedawkowania niż inne. Przedawkowania opioidów może spowolnić akcję serca i oddech. Przedawkowanie stymulantów (nadmierne zażywanie stymulantów) może być przyczyną różnorodnych objawów, które będą utrzymywały się przez jakiś czas, w tym przyspieszona akcja serca, pobudzenie, ból w klatce piersiowej i niepokój. Arkusz ten może być pomocny w określeniu zmian w praktykach zażywania narkotyków/leków, które mogą obniżyć ryzyko przedawkowania.

Wypełnienie arkusza jest dobrowolne. W każdej chwili można pominąć pytania, na które nie chce Pan(i) odpowiadać. Proszę nie podawać informacji umożliwiających ustalenie tożsamości, takich jak imię i nazwisko, data urodzenia lub adres. Arkusz jest poufny; żadne podane przez Pana(-ią) informacje nie będą skutkować działaniami karnymi w związku ze zgłoszonym zażywaniem narkotyków/leków. Informacje powinny być przechowywane w bezpiecznym miejscu (przez Pana(-ią) po zabraniu arkusza ze sobą po zakończonej sesji lub przez opiekuna prowadzącego, jeśli to on będzie przechowywał arkusz). Nie należy podawać informacji na temat zażywania narkotyków/leków, które mogłyby wpłynąć na Pana(-i) miejsce zamieszkania (pobytu) lub otrzymywane usługi.

### Praktyki związane z zażywaniem narkotyków/leków

**Które narkotyki/leki (na receptę lub dostępne bez recepty) zwykle Pan(i) zażywa? (Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi.)**

- Heroina lub fentanyl  Crack lub kokaina  Krystaliczna metamfetamina  Tabletki (opioidy)  
 Tabletki (benzodiazepiny)  Alkohol  Inne: \_\_\_\_\_

**W jaki sposób zażywa Pan(i) te narkotyki/leki? (Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi.)**

- Wąchanie lub wciąganie nosem  Palenie  Iniekcje  Połykanie  Inaczej: \_\_\_\_\_

**Ile narkotyku/leku zażywa Pan(i) zwykle za jednym razem (na przykład, jedną torebkę, 2 gramy lub różnie)?**

---

Poniższe części mogą pomóc określić ryzyko przedawkowania i zastanowić się nad sposobami jego ograniczenia.

### Paski testowe wykrywające obecność narkotyków

**Czy używa Pan(i) pasków testowych wykrywających obecność fentanylu lub ksylazyny, aby sprawdzić swoje narkotyki?**  Tak  Nie

Jeśli tak:

- Jak często używa Pan(i) pasków testowych do sprawdzenia swoich narkotyków?  
\_\_\_\_\_
- Jakie narkotyki Pan(i) sprawdza? \_\_\_\_\_
- Co Pan(i) robi, jeśli test da wynik pozytywny?  
\_\_\_\_\_
- Co Pan(i) robi, jeśli test da wynik negatywny?  
\_\_\_\_\_

### Łączenie narkotyków/leków

Czy zazwyczaj zażywa Pan(i) jednocześnie więcej niż jeden narkotyk/lek?  Tak  Nie

Jeśli **nie**, proszę przejść do części Tolerancja i leki stosowane w zaburzeniach związanych z używaniem opioidów.

Jeśli **tak**:

- **Jakie rodzaje narkotyków/leków? (Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi.)**  
 Stymulanty  Depresanty  Leki przeciwpsychotyczne  Halucynogeny
- **W jakiej kolejności zażywa Pan(i) te leki?**  
\_\_\_\_\_
- **Czy może Pan(i) unikać zażywania jednocześnie więcej niż jednego narkotyku/leku?**  
 Tak  Nie

Czy w przypadku, gdy nie może Pan(i) unikać zażywania jednocześnie więcej niż jednego narkotyku/leku, może Pan(i):

- **Zażywać mniejszą ilość każdego leku?**  Tak  Nie
- **Przed zażyciem innego leku zaczekać, aby zobaczyć, jak się Pan(i) czuje?**  Tak  Nie

### Tolerancja i leki stosowane w zaburzeniach związanych z używaniem opioidów

Czy kiedykolwiek przestał(a) Pan(i) zażywać narkotyki/leki, nawet na jeden lub dwa dni?

Tak  Nie

Jeśli **tak**, czy zażywając narkotyki/leki po przerwie, może Pan(i):

- **Zażywać mniej niż zwykle w przypadku obniżenia tolerancji?**  Tak  Nie
- **Zażywać wolniej (na przykład wachać mniej, wstrzykiwać wolniej lub dodać więcej wody do drinka)?**  Tak  Nie

Czy obecnie przyjmuje Pan(i) leki na zaburzenia związane z używaniem opioidów (medication for opioid use disorder, MOUD), takie jak metadon lub buprenorfina (bupe)?  Tak  Nie

Jeśli **tak**, czy ma Pan(i) wystarczającą ilość leku na receptę, aby wystarczyło do następnej wizyty?

Tak  Nie

Jeśli **nie**, czy jest Pan(i) dowiedzieć się więcej o lekach MOUD, aby lepiej kontrolować zażywanie opioidów?  Tak  Nie

### Nalokson

**Gdzie można dostać zestaw z naloksonem, jeśli Pan(i) go nie ma lub jeśli zużył(a) lub zgubił(a) Pan(i) swój zestaw?** W razie wątpliwości, proszę porozmawiać o dostępnych opcjach z pomagającym Panu(-i) pracownikiem.

---

**Gdzie można przechowywać zestawy z naloksonem, jeśli będą potrzebne?**

---

**Co może sprawić, że nie będzie Pan(i) nosił przy sobie zestawu z naloksonem?**

---

**Czy zażywając narkotyki/leki ma Pan(i) przy sobie zestaw z naloksonem w widocznym miejscu?**

Tak  Nie

**Czy w Pana(-i) otoczeniu są osoby posiadające własny zestaw z naloksonem?**

Tak  Nie  Nie wiem

**Czy w Pana(-i) otoczeniu są osoby, które wiedzą, jak stosować nalokson?**

Tak  Nie  Nie wiem

**Czy w Pana(-i) otoczeniu są osoby, które wiedzą, gdzie przechowuje Pan(i) nalokson?**

Tak  Nie  Nie wiem

**Czy nalokson jest łatwo dostępny w miejscu, gdzie zwykle zażywa Pan(i) narkotyki/leki?**

Tak  Nie

### **Miejsce zażywania**

**Gdzie zazwyczaj zażywa Pan(i) narkotyki/leki?**

---

**Czy w miejscu, gdzie zazwyczaj zażywa Pan(i) narkotyki/leki są drzwi?**  Tak  Nie

Jeśli **tak**, czy drzwi są zamykane na klucz?  Tak  Nie

**Czy kiedy jest Pan(i) w tym miejscu, ktoś może Pana(-ią) widzieć?**  Tak  Nie

**Czy w przypadku przedawkowania w tym miejscu, ktoś będzie w stanie sprawdzić Pana(-i) stan lub dostać się do Pana(-i)?**  Tak  Nie

**Czy zażywając w tym miejscu musi się Pan(i) spieszyć?**  Tak  Nie

**Czy jest tam sterylne miejsce, w którym może Pan(i) przygotować narkotyki/leki?**  Tak  Nie

Jeśli **tak**, czy miejsce to jest dobrze oświetlone?  Tak  Nie

**Co może Pan(i) zrobić, aby miejsce w którym zazwyczaj zażywa Pan(i) narkotyki/leki było bardziej bezpieczne?**

## Osoby, które mogą pomóc

### Czy zażywa Pan(i) narkotyki/leki sam(a) czy z innymi osobami?

Sam(a)  Z jedną osobą  W grupie  Czasami sam(a), czasami z innymi osobami

### Czy ma Pan(i) telefon komórkowy? Tak Nie Czasami

Jeśli **tak** lub **czasami**, czy może Pan(i) ustawić minutnik lub alarm w telefonie na trzy do pięciu minut, tak aby ktoś znajdujący się w pobliżu mógł sprawdzić, co się dzieje, jeśli nie będzie Pan(i) w stanie sam(a) wyłączyć minutnika lub alarmu?

Tak  Nie

### Czy jeśli lub kiedy zażywa Pan(i) sam(a), w pobliżu jest ktoś, kto może sprawdzić co się z Panem(-ią) dzieje? Tak Nie

Jeśli **tak**, czy może Pan(i) poprosić tę osobę, aby sprawdziła, co się z Panem(-ią) dzieje, jeśli nie odezwie się Pan(i) w ciągu trzech do pięciu minut?  Tak  Nie

Jeśli **nie**, czy może Pan(i) zadzwonić lub wysłać sms-a do kogoś, kto wyśle pomoc, jeśli nie odezwie się Pan(i) w ciągu trzech do pięciu minut?  Tak  Nie

Jeśli **nie**, czy może Pan(i) zadzwonić na infolinię „Never Use Alone” (Nigdy nie zażywaj samotnie) pod numer 877-696-1966?  Tak  Nie

Jeśli lub kiedy zażywa Pan(i) narkotyki/leki z innymi osobami:

- **Czy możecie ustalić, że jednocześnie narkotyki/leki zażywa tylko jedna osoba (zażywanie na zmianę) na wypadek, gdyby jedno z was przedawkowało?**

Tak  Nie

- **Czy możecie mieć pod ręką nalokson na wypadek przedawkowania?**  Tak  Nie

- **Czy rozmawialiście o tym, jak zapewnić sobie nawzajem bezpieczeństwo w przypadku przedawkowania?**

Tak  Nie

Jeśli **nie**, jak można zacząć o tym rozmawiać?  Podzielić się swoim planem bezpieczeństwa

Zapytać drugą osobę o jej plan bezpieczeństwa  Poinformować, gdzie przechowywany jest nalokson

Inaczej: \_\_\_\_\_

## Ogólny stan zdrowia

### Czy cierpi Pan(i) na jakieś choroby, które wpływają na oddychanie?

Astma  Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)  Zapalenie oskrzeli  Wirus wywołujący infekcje układu oddechowego  Alergie  Inne: \_\_\_\_\_

### Czy przyjmuje Pan(i) leki na te schorzenia zgodnie z zaleceniami? Tak Nie

Jeśli **tak**, czy leki pozwalają kontrolować objawy?  Tak  Nie

Jeśli **tak**, czy ma Pan(i) wystarczającą ilość leku, tak aby wystarczyło do następnej wizyty?

Tak  Nie

Jeśli **nie**, czy może Pan(i) zadzwonić do swojego lekarza, aby umówić się na wizytę kontrolną?

Tak  Nie

Jeśli **nie**, czy może Pan(i) powtórzyć receptę lub umówić się na wizytę kontrolną u lekarza?

Tak  Nie

**Czy pali Pan(i) którąś z następujących substancji?**

Tytoń  Konopie indyjskie  K2  Crack  Inne: \_\_\_\_\_

**Czy chce Pan(i) dowiedzieć się więcej o możliwościach rzucenia lub ograniczenia palenia tych substancji?**  Tak  Nie

**Czy jest Pan(i) zainteresowany(-a) używaniem plastrów nikotynowych lub gumy, aby ograniczyć używanie tytoniu?**

Tak  Nie

## Plan bezpieczeństwa na wypadek przedawkowania

Powody, dla których nie chcę przedawkować:

---

Ryzyko, które mogę podjąć:

---

Ryzyko, którego raczej nie podejmę:

---

Strategie obniżenia ryzyka przedawkowania:

---

Jak mogę zadbać o swoje bezpieczeństwo, jeśli zażywam narkotyki/leki sam(a):

---

Jak mogę zadbać o swoje bezpieczeństwo, jeśli zażywam narkotyki/leki z innymi osobami:

---

Rzeczy, które utrudniają mi bardziej bezpieczne zażywanie narkotyków/leków:

---

Zasoby, do których mogę uzyskać dostęp, aby poprawić swój stan zdrowia i zmniejszyć ryzyko przedawkowania i innych szkód (na przykład programy zapewniające strzykawki, ośrodki zapobiegania przedawkowaniu i punkty kontroli zawartości narkotyków/leków):

---

Kroki, jakie mogę podjąć, aby poprawić swój stan zdrowia i zmniejszyć ryzyko:

---