

Mars 2019

**Udhëzues Klinik për Trajtimin Mbajtës me
Methadone (Shtojcat)**

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Shembulli 1: Formati i Vlerësimi të Varësisë nga ICGP¹ (ICGP, 2011)

Formati i Vlerësimi të Varësisë					
Emri _____		Adresa _____			
Mbiemri _____		Tel. _____			
Mashkull <input type="checkbox"/> Femer <input type="checkbox"/>		Data e vlerësimi _____			
Datëlindja _____					
Mjeku i familjes _____					
Moshë kur u mor droga për herë të parë _____		Sa shpesh në muajt e fundit:			
Droga e parë _____		Përdite <input type="checkbox"/> Çdo 2 ditë <input type="checkbox"/>			
Moshë kur u mor opiat i parë _____		2-3 ditë <input type="checkbox"/> Vetëm fundjavave <input type="checkbox"/>			
Opiati i parë _____		Nëse jo përdite, a jeni tërhequr?			
Opiati aktual _____		PO / JO			
Rruga _____		A jeni duke e marrë aktualisht?			
Kohezgjatja _____		PO / JO			
Sasia _____		A e keni ndarë me të tjerë?			
		PO / JO			
		A po e ndani aktualisht? PO / JO			
Përdorimi i substancave					
Substanca	Muaji i kaluar	Në të kaluarën	Rruga	Frekuenca	Sasia
Heroine					
Metadon					
Morfine					
Kokaine					
Benzodiazepine					
Triciklik					
Amfetamine					
Ekstaze					
Alkool					
Kanabis					
Nikotine					
Varesi të tjera					
Kumar					
Çrregullimi ushqimi					

¹ ICGP-Kolegji irlandez i mjekëve të përgjithshëm është organi profesional dhe trajnues për mjekët e përgjithshëm.

Kriteret e ICD 10	
<input type="checkbox"/> Vështirësi në kontrollimin e marrjes së heroinës <input type="checkbox"/> Ka përjetuar simptoma të tërheqjes <input type="checkbox"/> Dëshmia e tolerancës <input type="checkbox"/> Neglizhimi i angazhimeve <input type="checkbox"/> Keqpërdorimi i vazhdueshëm i heroinës përkundër provave të efekteve të dëmshme	
Aktualisht në trajtim <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	
Historia Sociale	
I / e Martuar <input type="checkbox"/> Beqar / e <input type="checkbox"/> Divorcuar <input type="checkbox"/> Marrëdhënia e qëndrueshme <input type="checkbox"/> Prind i vetëm <input type="checkbox"/> Jeton me: Partnerin <input type="checkbox"/> Partner që merr drogë <input type="checkbox"/> Prindërit <input type="checkbox"/> Prindërit që marrin drogë <input type="checkbox"/> Vëllezër/ motra <input type="checkbox"/> Vëllezër/motra që marrin drogë <input type="checkbox"/> Vetëm <input type="checkbox"/> Vetëmmefëmijë <input type="checkbox"/> I pastrehë <input type="checkbox"/> Me përdorues të tjerë të drogës <input type="checkbox"/> Histori Familjare e Alkoolit Po / Jo Nëse Po, <input type="checkbox"/> Nëna <input type="checkbox"/> Babai <input type="checkbox"/> Motër/Vëlla Nëna gjallë Po / Jo Nëse jo, moshë e pacientit në kohën e vdekjes _____ Babai gjallë Po / Jo Nëse jo, moshë e pacientit në kohën e vdekjes _____	ARSIMI Ende në shkollë Po / Jo Moshë kur u largua nga shkolla _____ Provimet e marra _____ PAS SHKOLLE Kurs Rehabilitimi <input type="checkbox"/> Fas <input type="checkbox"/> Stazh Pune <input type="checkbox"/> Skemat e Trajnimit <input type="checkbox"/> Niveli i Tretë <input type="checkbox"/> Para punësimit <input type="checkbox"/> Tjetër <input type="checkbox"/> Statusi Punësimit: Me Kohë të Plotë <input type="checkbox"/> Me kohë të pjeshme <input type="checkbox"/> Papunë <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/>

Prindërit së bashku Po / Jo

Nëse jo, mosha e pacientit në kohën e ndarjes

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

BURIMI I TË ARDHURAVE	BURIMIT I FINANCIMIT
Punësimi <input type="checkbox"/>	Partner i Punësuar <input type="checkbox"/>
Ndihme për papunësi <input type="checkbox"/>	Biznes <input type="checkbox"/>
Asistenca për papunësinë <input type="checkbox"/>	Vjedhje <input type="checkbox"/>
Ndihme per Prind i Vetëm <input type="checkbox"/>	Shitës i drogës <input type="checkbox"/>
Përfitimi i aftësisë së kufizuar <input type="checkbox"/>	Punonjës seksi <input type="checkbox"/>
Mirëqenie plotësuese <input type="checkbox"/>	Tjetër <input type="checkbox"/>
Tjetër <input type="checkbox"/>	

HISTORIA LIGJORE

Në burg: Po / Jo
Ne hetim: Po / Jo
Çështja në pritje: Po / Jo
Liri me kusht: Po / Jo

HISTORIA (TË KALUARA & AKTUALE) E SËMUNDJEVE FIZIKE)

Shëndeti i Përgjithshëm Po / Jo _____

Shtatzënë Po / Jo

DATA E TESTIMIT

Statusi i HIV-it: Asnjëherë testuar Pozitive Negative

Statusi i Hepatitit A: Asnjëherë Testuar Pozitive Negativ

Statusi i hepatitit B: Asnjëherë testuar Pozitive Negativ

Statusi i hepatitit C nëse dihet: Kurrë testuar Pozitive Negativ

VAKSINIMET NËSE DIHEN

VLERËSIM PSIKIATRIK:

Gjatë 3 muajve të fundit ju jeni ndjerë:	Pa shpresë Po / Jo
I mërzhitur Po / Jo	A mendoni se jeta ia vlen të jetohet Po / Jo
I shqetësuar Po / Jo	A mendoni për vetëvrasje Po / Jo
I frikësuar Po / Jo	Nëse po, a keni planifikuar ta merrni jetën tuaj?
Fajtor Po / Jo	Po / Jo
Pa Interes Po / Jo	Nëse po, a keni tentuar ta merrni jetën tuaj? Po / Jo
Pa vlerë Po / Jo	

ANALIZA e URINES

Data e Analizes

Opiate	Benzodiazepine	Metadon	Kokaine	Amfetamine	Triciklik

QËLLIMET DHE SYNIMET E PACIENTËT

Motivimi në një shkallë prej 1-5

PLANI I MENAXHIMIT

Referim te Shërbimet Qëndrore Po / Jo

Trajtim Po / Jo

Nëse po, * Stabilizimi

Detoks spitalor

Detoks ambulator

Reduktim i ngadalshëm

Mbajtje

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Shembulli 2: Vlerësimi fillestar i përdorur prej Shërbimeve të Keqpërdorimit të Substancave Cork Kerry, 2015

Formulari i Informimit dhe miratimit të përdoruesit të shërbimit

Kjo formë konfidencialiteti dhe deklarate është hartuar për t'ju dhënë të kuptoni se:

Çfarë ndodh me informacionin që jep;

Kush ka qasje në informacionin që jep.

_____ Mashkull Femër
(Emri i Pacientit: Shkronja Kapitale)

Data e Lindjes _____

1. Unë kuptoj se duke nënshkruar/shënuar këtë formular, jap pëlqimin për regjistrimin e informacionit tim personal i cili zakonisht është konfidencial ndaj Shërbimit. Pëlqimi e lejon diskutimin si ekip të këtij informacioni.

2. Unë e kuptoj se kam të drejtën për të tërhequr pëlqimin për shkëmbimin e informacionit në çdo kohë, përveç kur ka një detyrim profesional për ruajtjen e konfidencialitetit (p.sh. Mbrojtja e fëmijëve, rreziku për veten, rreziku ndaj të tjerëve, urdhër i gjykatës).

3. Unë e kuptoj se informacioni që jap unë zakonisht nuk u zbulohet njerëzve jashtë Shërbimit pa miratimin e mëtejshëm me shkrim nga unë ose nga kujdestari im ligjor, nëse unë jam nën moshën 18 vjeçare.

4. Unë e kuptoj se informacioni / shënimet e mia mbahen në formë elektronike (kompjuterike) dhe / ose letër dhe janë pronë e ofruesit të shërbimit.

5. Unë e kuptoj se kam të drejtën për të hyrë në çdo informacion që mbahen në këtë regjistër.

6. Unë e kuptoj se pëlqimi vlen për kohëzgjatjen e këtij vlerësimi aktual dhe shërbimin e dhënë pas këtij vlerësimi.

7. Unë e kuptoj se marrja e këtij shërbimi kërkon sjellje të përshtatshme.

8. Unë gjithashtu kuptoj se informacioni i përzgjedhur nga të dhënat e mia ruhet gjithashtu nga Bordi i Kërkimit Shëndetësor pa përdorimin e emrit tim (Vetëm Shërbimet e Drogës dhe Alkoolit)

9. Të gjitha kërkesat për një raportim për një agjenci të jashtme lidhur me pjesëmarrjen time ose trajtimin tim nga ky shërbim duhet të kërkohet me shkrim me njoftim paraprak 10 ditore pune.

Raportime të tilla kërkojnë pëlqime shtesë.

KONFIRMOJ QË KUSHTET E MËSIPËRME JANË SHPJEGUAR PËR MUA DHE SE UNË I KUPTOJ PLOTËSISHT DHE JAM DAKORD ME TO.

Nënshkrimi i Përdoruesit _____ Data: ____/____/____
të Shërbimit D / M / V

Nënshkrimi i Stafit _____ Data: ____/____/____
D / M / V

Ju lutemi vini re: Në rast se ekipi bëhet i vetëdijshëm për informata që do të tregonin se ju, ose dikush në kujdesin tuaj ose ndonjë person tjetër mund të jeni në rrezik, atëherë stafi i këtij Shërbimi ka përgjegjësi profesionale të raportojë këtë shqetësim tek një autoritet përkatës.

PËRSHTATJE SPECIFIKE PËR SHËRBIME TË NGJASHME ME SISTEMIN E TË DHËNAVE PASS²

Nënshkruar _____ Data ____/____/____
(Përdoruesi i Shërbimit) D / M / V

Nënshkruar _____ Data ____/____/____
(Eksperti Vlerësues) D / M / V

Emri i institucionit: _____

Koordinuesi i Projektit: _____

Numri telefonik i kontaktit : _____

² PASS-Pathway Accommodation and Support System (Sistemi i Udhës së Akomodimit dhe Mbështetjes) është një sistem i përbashkët online i shfrytëzuar nga çdo ofrues i shërbimeve për të pastrehët dhe të gjitha autoritetet lokale në Irlandë. Sistemi ofron informacione në kohë reale në lidhje me numrin e të pastrehëve të prezantuar dhe të pranuar në qendrat e të pastrehëve në të gjithë rajonin e Dublinit. Të gjitha informatat e regjistruara në PASS prodhojnë statistika të përditësuara mbi personat e pastrehë.

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

MIRATIM(E) SHITESË I PRANUAR

Pëlqim shtesë për të ndarë të dhënat e mia me personat e shënuar më poshtë:

- Unë jap pëlqimin për të komunikuar me personat e mëposhtëm të emëruar / ofruesin e shërbimit

Nënshkruar: _____ Data: _____
(Përdoruesi i Shërbimit)

Dëshmitar: _____ Data: _____

MIRATIM(E) SHITESË I REFUZUAR

Refuzim i miratimit shtesë për ndarjen e të dhënave të mia me personat e shënuar më poshtë:

Unë e tërheq miratimin për të komunikuar me personat/ ofruesit e shërbimit të shënuar më poshtë

Nënshkruar _____ Data: _____
(Përdoruesi i Shërbimit)

Dëshmitar: _____ Data: _____

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Formë e Vlerësimit Fillestar

Të dhëna të përgjithshme

Emri i Pacientit:		<input type="checkbox"/> Mashkull[HRB4]	<input type="checkbox"/> Femër[HRB4]
Data e Lindjes [HRB6]		Mosha[HRB5]	

Cila është arsyeja që jeni referuar/po aksesoni këtë shërbim? [HRB14]

- Përdorim Alkooli Përdorim i Drogave të Jashtëligjshme Përdorim i Drogave të Ligjshme Të tjera Pa strehë

SHËNO TË GJITHA KUTITË E PËRSHTATSHME

Nëse përzgjidhni 'Të tjera' jepni detaje _____

** Është me shumë rëndësi për planin e përkujdesjes që aty ku duhet anekset të plotësohen tërësisht **

Adresa Aktuale / E mëparshme / Më e fundit _____

Nr. Telefoni _____ Celular _____

Jam dakord për kontakt në adresat e sipërme: Po/Jo Telefon: Po/Jo

- Jetoj Me [HRB7a]
- Vetëm Prindër/ Familje Miq Partner (vetëm)
 - Partner & Fëmijë Vetëm & Fëmijë Kujdestar
 - Të tjerë
 - Nuk njihet

- Jetoj Ku [HRB7b]
- Akomodim i qëndrueshëm
 - Institucion (burg, klinikë)

- I pastrehë
- Akomodim tjetër i paqëndrueshëm
- Nuk njihet

Lloji i akomodimit: _____

Kombësia[HRB10] _____

Mosha kur mbarova Shkollën Fillore / Nëntëvjeçare [HRB12a] _____

Niveli më i lartë i edukimit fillor / nëntëvjeçar [HRB12b] _____

Statusi i punësimit [HRB11] _____

Profesioni _____

Burimi i të ardhurave _____ Sasia e të ardhurave _____

Në cilat ditë punon _____

Në cilat orë punon _____

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Emri i mjekut të familjes: _____

Mjeku i informuar mbi përdorimin e drogës: Po Jo

Adresa e mjekut të familjes: _____

Kartë mjekësore: Po Jo Në proces aplikimi
 (Shërbim vetëm për të pastrehët) Nr. i kartës mjekësore _____ E
 vlefshme deri _____

Përdorim substance në familje: Po Jo

Detaje _____

Nr. i fëmijëve _____ Kufiri i moshës: _____

(Shërbim vetëm për të pastrehët) Nr. i fëmijëve aktualë me varësi _____

Kujdesi për fëmijën/Mirëqënia/Shqetësime rreth mbrojtjes: _____

Jetesa me përdoruesit e substancave/Kumarxhinjte/adiksione të tjera: Po Jo

Detaje _____

Lidhjet aktuale me Agjensitë/Përfshirje e profesionistëve të jashtëm: Po Jo

Shërbime të tjera të përfshira në planin e kujdesjes deri më sot _____

I afërm i përdoruesit

Emri i të afërmit / kontakt në rast emergjence: _____

Marrëdhënia e të afërmit / kontaktit të emergjencës _____

I afërmi/familja të informuar mbi përdorimin e substancës: Po Jo

Vendos detajet e kontaktit të të Afërmit _____

Specifik për Shërbimet e Drogës & Alkoholit

Histori përdorimi substance, kumar, çrregullim të të ngrënit [HRB14, 24a, 24b-28e]

Drogat e përdorura	Rruga e marrjes	Frekuenca	Sasia	Kohëzgjatja e përdorimit	Mosha në përdorimin e parë	Data e përdorimit të fundit
Alkol						
Cannabis						
Haluçinogjenë						
Benzodiazepin, Sedativë & Hipnotikë Të rekomanduara Nga rruga						
Heroinë						
Metadon						

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Drogat e përdorura	Rruga e marrjes	Frekuenca	Sasia	Kohëzgjatja e përdorimit	Mosha në përdorimin e parë	Data e përdorimit të fundit
Opiate të tjera						
Kokainë						
Amfetaminë						
Ekstazi						
Barna pa përshkrimin e mjekut Çdo lloj droge tjetër p.sh: solventë steroidët, të tjera.....]						
Droga e preferuar: Në të kaluarën Në të tashmen Droga e parë që ka provuar						

Drogat e përdorura	Rruga e marrjes	Frekuenca	Sasia	Kohëzgjatja e përdorimit	Mosha në përdorimin e parë	Data e përdorimit të fundit
Kumari	Forma e tij	Frekuenca	Sasia	Kohëzgjatja	Mosha në herën e parë	Hera e fundit që u luajt
Çrregullimet e të ngrënit						

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Menaxhimi i Riskut

Injektuar ndonjëherë [HRB29b] Po Jo
Moshë në injeksionin e parë [HRB29c] _____

Ndërrim i shiringave me të tjerë [HRB30] Po Jo

Injektim në muajin e fundit [HRB29a] Po Jo

Ndërrim shiringash në muajin e fundit Po Jo
Nëse përdorni agje I.V. si merren ato (si sigurohen) _____

Nëse përdorni agje I.V. si hidhen ato _____

Test për HIV Po Jo Data _____

Test për HBV Po Jo Data _____

Test për HCV Po Jo Data _____
Data e vaksinimit të fundit: (Vendndodhja) _____

Data _____

Lloji i vaksinimit _____

Vendi i vaksinimit _____

Po Jo

Ndonjë histori për SST Po Jo

Risk i pambuluar:
Juridik / Legal Po Jo

Mbështet zakonin me: _____

Akuza/Detyrimi më i rëndë: _____

Akuza/detyrimi aktual Po Jo

Histori sulmi/agresioni Po Jo

Detaje të dënimeve/provës/lirimit me kusht?

Dhënia e këshillës për Reduktimin e Dëmit

Koha dhe vendet e shkëmbimit të ageve Po Jo

Seks më të sigurt Po Jo

Ndërveprimet e drogave Po Jo

Të tjera (jep detaje)

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Trajtimi i mëparshëm

Eshte trajtuar ndonjëherë për përdorim të substancave, bixhoz [HRB22]

Po /Jo

Numri i trajtimeve të mëparshme _____

Llojet e trajtimit _____

Koha më e gjatë pa droga, pa luajtur bixhoz: _____

Prej datës : _____

Deri në datën : _____

Agjensitë trajtuese të mëparshme: _____

Arsyet e largimit: _____

Trajtimi aktual me metadon [HRB 21a, 21b] Po Jo

Trajtime të tjera aktuale Po Jo

Detaje: _____

Trajtim i mëparshëm mbajtës me metadon Po Jo

Shërbime aktualisht të përfshira në dhënien e kujdesit Po Jo

Historik i rëndësishëm

Alergji të njohura [Mjekësore apo të tjera]

Histori mjekësore e rëndësishme e shkuar/ recente:

Medikamente të përshkruara aktualisht:

A ka histori për konvulsione Po Jo

Nëse po jep detaje _____

A është parë ndonjëherë nga një psikiatër/ psikolog/këshillues/therapist okupacional

Po Jo

Nëse po jep detaje

Terapi okupacionale apo diagnoza të tjera _____

Histori për mbidoza Po Jo

Mbidozë aksidentale _____

Mbidozë e qëllimshme _____

Histori për vetëdëmtim Po Jo

Histori për dhunë në familje Po Jo

Histori për mendime suicidale Po Jo

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Detaje _____

Trajtimi i kërkuar nga përdoruesi i shërbimit Po Jo

Specifiko _____

Veprime shtesë të kërkuara në vijimësi të vlerësimit fillestar pa kërkuar një vlerësim gjithëpërfshirës

- Referime për mbrojtje ndaj fëmijëve/ punë sociale
- Tajtim me sigurim të drejtpërdrejtë [HRB 18a-1]
- Përparim drejt protokolleve për zëvendësimin e opiateve [HRB 18a-2]
- Referim tek një dhënës tjetër i trajtimit [HRB 18a-3]
- Vlerësim ose rivlerësim psikiatrik [HRB 18a-4]
- Vlerësim mjekësor [HRB 18a-6]
- Depistim apo rishikim infermieristik për viruse [HRB 18a-6]
- Grup për psiko-edukimin mbi reduktimin e dëmit [HRB 18a-6]
- Të tjera/ përfshi vendosjen në një listë [HRB 18a-6]
- Referim për SAPST/ Skuadrat e aksionit për të pastrehët
- Punë kyce ndaj një dhënësi shërbimi tjetër _____
- Të tjera _____

Komente të vlerësuesit dhe plani fillestar i kujdesit _____

Vlerësimi fillestar u plotësua nga:

Firma _____ Data __/__/____

Vlerësim i zakonshëm i planifikuar Po Jo

Nevojitet vlerësim i zakonshëm Po Jo

Vlerësim gjithëpërfshirës i planifikuar Po Jo

Nevojitet vlerësim gjithëpërfshirës Po Jo

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

"Aneksi A"

Informacion mbi vendbanimin, i rëndësishëm për shërbimet parësore për të pastrehët

A mund të vini në pah arsyet kryesore për të cilat jeni bërë i pastrehë në këtë rast?

A keni qenë i pastrehë më parë?

Nëse po, ju lutem jepni detaje të shkurtra?

A keni fjetur ndonjëherë jashtë?

Nëse po, kur dhe për sa kohë?

A jeni të regjistruar tek autoritetet lokale?

Nëse po, ju lutem specifikoni cili autoritet?

A keni ndonjë detyrim madhor për shkak të qirasë ndaj autoritetve lokale?

A keni marrë ndonjëherë ndonjë depozitë për banesë të marrë me qira privatisht?

Adresa e pronës për të cilën është dhënë depozita

*Data e marrjes së depozitës

A jeni aktualisht i listuar për të marrë një depozitë nga shërbimet e mirëqënies sociale	
A keni jetuar ndonjëherë në mënyrë të pavarur?	
A keni qenë ndonjëherë nën kujdesin e shtetit nën moshën 18 vjeç? Nëse po, ju lutem specifikoni llojin	
Cilat janë arsyet kryesore që jeni bërë i pastrehë? P.sh. marrëdhëniet, probleme me alkoolin dhe drogën, dalja nga burgu/ spitali ose të tjera	
Nëse do të nxirreshit jashtë nga banesa a mund të theksoni arsyen për këtë ?	
Çfarë vështirësish mund të thoni se keni patur në të shkuarën në përpjekje për të mbajtur një banesë	

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Emri i Pacientit: _____ Nr. : _____ Data e lindjes: _____

Shërbimi Adiktiv _____

Vlerësimi Mjekësor Gjithëpërfshirës – Domen i Mjekut të Përgjithshëm dhe Infermierit Koordinues

- I keni shpjeguar** përdoruesit qëllimin e procesit të Vlerësimi Mjekësor dhe ai/ajo e kupton plotësisht procesin e vlerësimit
- I keni shpjeguar** shërbimit (emri i shërbimit) Politikën e Konfidentalitetit dhe të Shpërndarjes
- Ky informacion është konfidencial brenda Ekipit Trajtues Adiktiv për qëllim bashkëpunimi dhe për të promovuar shërbimin e mirëqenies së përdoruesit dhe ofrimin e një shërbimi cilësor, kujdes klinik dhe plan kujdesi..
- Ky informacion nuk do të ndahet pa u diskutuar fillimisht nevoja e ndarjes dhe pa marrë miratimin e përdoruesit për tu ndarë
- I keni sjellë në kujtesë** Përdoruesit të drejtën që ata kanë për të patur një antëar të familjes/kujdestar gjatë vlerësimit.
- Emri i anëtarit të familjes/kujdestarit:** _____ në vlerësimin tim
- Refuzo Opsionin**
- I keni sjellë në kujtesë** përdoruesit për të drejtën që kanë për të ndryshuar mendim në çdo kohë gjatë vlerësimit dhe të tërheqin miratimin.
- Përdoruesi bie dakord** që të marrë pjesë në Vlerësimin Mjekësor të shërbimit trajtues adiktiv
- Përdoruesi pranon** që nuk është nën presion për të marrë Vlerësimin Mjekësor

Një dëshmitar duhet të nënshkruaj më poshtë nëse pacienti është i paaftë për të nënshkruar, apo ka deleguar miratimin e tij/saj.
Të rinjtë/fëmijet mund të preferojnë që një prind të nënshkruaj me poshtë(shiko shënimet)

Emri _____ Data _____
 Firma _____

Konfirmimi i miratimit

Në kujdesin e (emri) _____ konfirmoj që pacienti/pacientja nuk ka pyetje të mëtejshme dhe dëshiron që procedura të vazhdojë

Stafi _____

Firma: _____ Data _____

Emri _____ Nr. i Pacientit _____ Data e lindjes _____

Shërbimi Adiktiv

Vlerësimi Mjekësor Gjithëpërfshirës – Domen i Mjekut të Përgjithshëm dhe Infermierit Koordinues

1.0 Pacienti & Të Dhëna Referuese (Demografia)

1.1 Data e vlerësimit:	D__ M__ V	1.1a Emri i Vlerësuesit: _____	
1.2 Emri:	Mbiemri	1.2a Numri i Pacientit _____	
	Emri		
1.3 Adresa:			
1.4 Telefoni.	(Fiks)	1.4a Ku është më mirë t'ju kontaktojnë? Shëno një numër tel.:	
	(Mobil)	Fiks: _____ Mobil: _____	
1.5 Emri i mjekut te familjes:	Nr. Kartelës Mjekësore: _____		
1.6 Gjinia:	Mashkull <input type="checkbox"/>	1.7 Data e lindjes	____ D __ M __ V
	Femer <input type="checkbox"/>		
1.8 Pasardhesi:	1.8a Numri i tel.: _____		
1.9 Data e referencës:	____ D __ M __ V	1.9a Arsyeja e Referencës:	
		<input type="checkbox"/> Alkool <input type="checkbox"/> Drogë <input type="checkbox"/> Shumë Droga <input type="checkbox"/> Të tjera	
		1.9b Statusi i prioritetit:	
		A: Shtatzëni <input type="checkbox"/> B: Nën-Moshë <input type="checkbox"/> C: Injektues në (emri i venës) : _____ D: Vetë-dëmtim <input type="checkbox"/>	
1.9c Komente:			

Alergji:

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Emri: _____ Nr.. Pacientit: _____ Data e lindjes: _____

2. 0 Niveli i problematikës së përdorimit të substancave dhe niveli i varësisë

2.1 Vlerësimi fillestar dhe pikëzimi i varësisë		
a. Data e AUDIT D/ _____ M/ _____ V	Rezultati: _____	Shtirrja e problemit: <input type="checkbox"/> i rrezikshëm <input type="checkbox"/> i dëmshëm <input type="checkbox"/> i varur
b. Data e DUDIT D/ _____ M/ _____ V	Rezultati: _____	Shtirrja e problemit: Mashkull 6+ = <input type="checkbox"/> i dëmshëm Femër 2+ = <input type="checkbox"/> i dëmshëm te dy gjinitë 25+ = <input type="checkbox"/> i varur *
c. Data e CUDIT - R D/ _____ M/ _____ V	Rezultati: _____	Shtirrja e problemit: <input type="checkbox"/> risk i ulët <input type="checkbox"/> i rrezikshëm <input type="checkbox"/> i varur
d. Data e pyetësorit Leeds D/ _____ M/ _____ V	Rezultati: _____	Shkalla e varësisë: <input type="checkbox"/> e ulët <input type="checkbox"/> e mesme <input type="checkbox"/> e lartë

3. 0 Përdorimi aktual

3.1 Historia e përdorimit të substancave			
Tipi i substancës	Rruga e administrimit	Përdorimi në 30 ditët e fundit	
a. Alkool	<input type="checkbox"/> Injeksion <input type="checkbox"/> Tymosje <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sniff/snort <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Rektale <input type="checkbox"/> Topikal <input type="checkbox"/> Nuk dihet	<input type="checkbox"/> një herë në javë <input type="checkbox"/> 2-6 ditë në javë <input type="checkbox"/> përditë <input type="checkbox"/> jo përdorim <input type="checkbox"/> i panjohur	
b. Cannabis	<input type="checkbox"/> Injeksion <input type="checkbox"/> Tymosje <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sniff/snort <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Rektale <input type="checkbox"/> Topikal <input type="checkbox"/> Nuk dihet	<input type="checkbox"/> një herë në javë <input type="checkbox"/> 2-6 ditë në javë <input type="checkbox"/> përditë <input type="checkbox"/> jo përdorim <input type="checkbox"/> i panjohur	
c. Amfetamine	<input type="checkbox"/> Injeksion <input type="checkbox"/> Tymosje <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sniff/snort <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Rektale <input type="checkbox"/> Topikal <input type="checkbox"/> Nuk dihet	<input type="checkbox"/> një herë në javë <input type="checkbox"/> 2-6 ditë në javë <input type="checkbox"/> përditë <input type="checkbox"/> jo përdorim <input type="checkbox"/> i panjohur	

Emri	Nr..Pacientit	Data e lindjes
d. Benzodiazepin	<input type="checkbox"/> Injeksion <input type="checkbox"/> Tymosje <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sniff/snort <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Rektale <input type="checkbox"/> Topikal <input type="checkbox"/> Nuk dihet	<input type="checkbox"/> një herë në javë <input type="checkbox"/> 2-6 ditë në javë <input type="checkbox"/> përditë <input type="checkbox"/> jo përdorim <input type="checkbox"/> i panjohur
d. Opioid	<input type="checkbox"/> Injeksion <input type="checkbox"/> Tymosje <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sniff/snort <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Rektale <input type="checkbox"/> Topikal <input type="checkbox"/> Nuk dihet	<input type="checkbox"/> një herë në javë <input type="checkbox"/> 2-6 ditë në javë <input type="checkbox"/> përditë <input type="checkbox"/> jo përdorim <input type="checkbox"/> i panjohur
e. Hallucinogjen	<input type="checkbox"/> Injeksion <input type="checkbox"/> Tymosje <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sniff/snort <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Rektale <input type="checkbox"/> Topikal <input type="checkbox"/> Nuk dihet	<input type="checkbox"/> një herë në javë <input type="checkbox"/> 2-6 ditë në javë <input type="checkbox"/> përditë <input type="checkbox"/> jo përdorim <input type="checkbox"/> i panjohur
f. Cocaine	<input type="checkbox"/> Injeksion <input type="checkbox"/> Tymosje <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sniff/snort <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Rektale <input type="checkbox"/> Topikal <input type="checkbox"/> Nuk dihet	<input type="checkbox"/> një herë në javë <input type="checkbox"/> 2-6 ditë në javë <input type="checkbox"/> përditë <input type="checkbox"/> jo përdorim <input type="checkbox"/> i panjohur
g. Inhalantet	<input type="checkbox"/> Injeksion <input type="checkbox"/> Tymosje <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sniff/snort <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Rektale <input type="checkbox"/> Topikal <input type="checkbox"/> Nuk dihet	<input type="checkbox"/> një herë në javë <input type="checkbox"/> 2-6 ditë në javë <input type="checkbox"/> përditë <input type="checkbox"/> jo përdorim <input type="checkbox"/> i panjohur
h. Produkte te duhanit	<input type="checkbox"/> Injeksion <input type="checkbox"/> Tymosje <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sniff/snort <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Rektale <input type="checkbox"/> Topikal <input type="checkbox"/> Nuk dihet	<input type="checkbox"/> një herë në javë <input type="checkbox"/> 2-6 ditë në javë <input type="checkbox"/> përditë <input type="checkbox"/> jo përdorim <input type="checkbox"/> i panjohur
3.2 Historia e injeksionit		
3.2a Ke bërë injeksion? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO Nese po, cila ka qene moshja në herën e parë: _____	3.2b Ke bërë injeksion në 30 ditët e fundit? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO OSE <input type="checkbox"/> Injektuar vitin e fundit por jo këto 30 ditë <input type="checkbox"/> Injektuar para 12 muajve të fundit	3.2c A i keni ndare mjetet e injeksionit: <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO Nëse po, a e keni ndarë në: <input type="checkbox"/> 30 ditët e fundit <input type="checkbox"/> 12 muajt e fundit <input type="checkbox"/> Më shumë se 12 muaj më parë
3.3. Medikamentet e rekomanduara		

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Emri i Pacientit: _____ Nr.: _____ Data e lindjes: _____

Ju lutemi shënoni të gjitha ilaçet tuaja të tanishme dhe / ose të fundit të rekomanduara, duke përfshirë edhe ato komplementare apo pa rekomandim		
a. Lloji i ilaçit	Arsyeja	
Nisja __/__/__	Përfundimi __/__/__	Dozimi, Frekuenca dhe Rruga:
Dhënësi	Frekuenca e marrjes	Nëse nuk merret siç përshkruhet, si ...
Arsyeja për mos-pajtueshmëri		
Ku jeni duke e marrë këtë mjekim? <input type="checkbox"/> Mjeku Familjes <input type="checkbox"/> Farmaci <input type="checkbox"/> Anëtar i familjes <input type="checkbox"/> Miqtë <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Tjetër		
b. Lloji i ilaçit:	Arsyeja:	
Nisja __/__/__	Përfundimi __/__/__	Dozimi, Frekuenca dhe Rruga:
Dhënësi	Frekuenca e marrjes	Nëse nuk merret siç përshkruhet, si ...
Arsyeja për mos-pajtueshmëri		
Ku jeni duke e marrë këtë mjekim? <input type="checkbox"/> Mjeku Familjes <input type="checkbox"/> Farmaci <input type="checkbox"/> Anëtar i familjes <input type="checkbox"/> Miqtë <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Tjetër		
c. Lloji i ilaçit :	Arsyeja	
Nisja __/__/__	Përfundimi __/__/__	Dozimi, Frekuenca dhe Rruga:
Dhënësi	Frekuenca e marrjes	Nëse nuk merret siç përshkruhet, si ...
Arsyeja për mos-pajtueshmëri		
Ku jeni duke e marrë këtë mjekim? <input type="checkbox"/> Mjeku Familjes <input type="checkbox"/> Farmaci <input type="checkbox"/> Anëtar i familjes <input type="checkbox"/> Miqtë <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Tjetër		

Emri _____ Nr. i Pacientit _____ Data e lindjes _____

3.4 Kur ishte hera e fundit që ju keni keqpërdorur substancat?					
Alkooli					
<input type="checkbox"/> Sot <input type="checkbox"/> Brenda 24 orëve të fundit <input type="checkbox"/> 1-2 ditë më parë <input type="checkbox"/> Brenda javës					
3.5	A ka shenja të intoksikimit? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO				
3.5a	Nëse po, cilat janë shenjat fizike të vëzhguara (V) dhe/ose të vetë-raportuara (VR) më poshtë:				
<input type="checkbox"/> Era V/VR	<input type="checkbox"/> Pupila të zmadhuara V/VR	<input type="checkbox"/> E folur e ngathët ose me zë të lartë V/VR	<input type="checkbox"/> Humbje ekuilibri V/VR	<input type="checkbox"/> Nauze ose te vjella V/VR	<input type="checkbox"/> Luhatje të shpejta humori (agresivitet) V/VR
3.6	A ka shenja të tërheqjes? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO				
3.6a	Nëse po, cilat janë shenjat fizike të vëzhguara (V) dhe/ose të vetë-raportuara (VR) më poshtë:				
<input type="checkbox"/> Dridhje duarsh V/VR	<input type="checkbox"/> Djersitje V/VR	<input type="checkbox"/> Nauze V/VR	<input type="checkbox"/> Halucionacione vizuale V/VR	<input type="checkbox"/> Dridhje V/VR	
Nëse ka shenja të pranishme për tërheqje, kryeni ekzaminimin i tërheqjes nga alkooli - CIËA-R					
Droga					
<input type="checkbox"/> Sot <input type="checkbox"/> Brenda 24 orëve të fundit <input type="checkbox"/> 1-2 ditë më parë <input type="checkbox"/> Brenda javës					
3.7	A ka shenja të intoksikimit? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO				
3.8	Nëse po, cilat janë shenjat fizike të vëzhguara (V) dhe/ose të vetë-raportuara (VR) më poshtë:				
<input type="checkbox"/> Pupila të vogla V/VR	<input type="checkbox"/> Rrjedhje hundësh V/VR	<input type="checkbox"/> E folur e ngathët V/VR	<input type="checkbox"/> Shikim i ngrirë V/VR	<input type="checkbox"/> Sjellje e çrregullt V/VR	<input type="checkbox"/> Hiperaktivitet V/VR
3.9	A ka shenja të tërheqjes? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO				
3.9a	Nëse po, cilat janë shenjat fizike të vëzhguara (V) dhe/ose të vetë-raportuara (VR) më poshtë:				
<input type="checkbox"/> Ankth V/VR	<input type="checkbox"/> Djersitje V/VR	<input type="checkbox"/> Dridhje V/VR	<input type="checkbox"/> Nervozizëm V/VR	<input type="checkbox"/> Dhimbje koke V/VR	
Nëse ka shenja të pranishme për tërheqje, kryeni ekzaminimin e Tërheqjes për Opiate-COËS					
Shënime:					

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Emri i Pacientit _____ Nr. _____ Data e lindjes _____

4.1 Historia mjekësore aktuale apo e kaluar Fushat kryesore të nevojës

Listo nevojat e identifikuar nga ky seksion i vlerësimit mjekësor

Prioritet

§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>

5.0 Historiku i Përgjithshëm Mjekësor - Shëndeti Mendor

(Përpara se të plotësoni këtë seksion, sigurohuni që të keni shqyrtuar Seksionin 4.0 Fusha e Shëndetit Mendor dhe Psikologjik nga Vlerësimi i Parë)

5.1 Fut rezultatin nga Vlerësimi i Parë i Pyetësorit mbi Shëndetin e Pacientit -4 (PHQ-4): _____

5.1a Nëse rezultati është 6 ose më shumë, nevojitet një Shkallë Mjekësore e Ankh Depressionit (A.D.), pas Vlerësimit fillestar. A është kryer kjo në kohën e këtij vlerësimi mjekësor? PO JO

Nëse po: Vlera bazë e Shkallës së A.D.: _____ / Data: _____

Nëse jo: Kryeni SH.A.D sic identifikohet në Vlerësimin e Parë

5.1a Pyetësi i Shëndetit të Pacientit -4 (PHQ-4) është përfshirë brenda këtij vlerësimi mjekësor në rast se duhet të përsëritet.

Gjatë 2 javëve të fundit, sa shpesh jeni shqetësuar nga probleme të tilla?	Aspak	Disa ditë	Gjysmën e ditëve	Pothuaj cdo ditë
1 Nervozizëm, Ankh	0	1	2	3
2 Pamundësi për ta ndaluar shqetësimin	0	1	2	3
3 Interes i pakët apo këngësi e ulët në kryerjen e aktiviteteve	0	1	2	3
4 Rënie humori dhe mungesë shprese	0	1	2	3
Nën-Totali				
Rezultati prej 6 ose më shumë është tregues i një depresioni dhe ankthi primar.			Totali	

5.2 Nëse është identifikuar në vlerësimin fillestar (Q4.1, Q4.1a, Q4.1b, Q4.2 & Q4.2a) se përdoruesi i shërbimit ka qenë më parë nën kujdesin e shërbimeve të shëndetit mendor, Ndiqni pyetjet për t'i dhënë mundësinë përdoruesit të shërbimit verifikojë informacionin nga vlerësimi fillestar dhe / ose për të siguruar informacion të ri.

5.3 Regjistrimet e mëparshme në spital? PO JO Kur / Ku?

5.4 Vendosni rezultatet e Vlerësimit Fillestar të matjes së vetë-dëmtimit: Ndjekja e pyetjeve për t'i dhënë përdoruesit të shërbimit mundësi për të verifikuar informacionin nga vlerësimi fillestar dhe / ose për të siguruar informacion të ri.

Gjatë 12 muajve të fundit a keni dashur ndonjëherë të:

Dëmtoni veten?	<input type="checkbox"/> Kurrë <input type="checkbox"/> Disa herë <input type="checkbox"/> Shpesh
Ti jepni fund jetës suaj?	<input type="checkbox"/> Kurrë <input type="checkbox"/> Disa herë <input type="checkbox"/> Shpesh

5.4a A jeni duke pasur mendime vetë-dëmtuese apo vetëvrasëse në këto momente?

Po Jo

5.4b Nëse përgjigja për 5.4 ishte shpesh dhe/ose 5.4a Po, nevojitet një vlerësim i rrezikut për vetevrasje. A është kryer ky vlerësim i rrezikut në kohën e këtij vlerësimi mjekësor? PO JO

Nëse po, rezultati _____ Data _____

Risku aktual	<input type="checkbox"/> (0-23) Risk i ulët Ofro mbështetje	<input type="checkbox"/> (24-50) Risk i moderuar Nevojitet ndërhyrje	<input type="checkbox"/> (51-75) Risk i lartë Nderhyrje e menjëhershme
Shkalla e riskut 12 muaj më parë	<input type="checkbox"/> (0-23) Risk i ulët Shqyrto faktorët, stimujt, dhe mënyrën e ndihmës	<input type="checkbox"/> (24-50) Risk i moderuar Shqyrto faktorët, Shkaqet, si dhe ndërhyrjet e mbështetjet që kane qenë të dobishme	<input type="checkbox"/> (51-75) Risk i larte Shqyrto dhe identifikoj ndërhyrjet e suksesshme

Nese jo, Kryeni vlerësimin e riskut siç identifikohet në Vlerësimin e Parë

5.4c Matja e vetë-dëmtimit është përfshirë brenda këtij vlerësimi mjekësor në rast se kërkohet një rishikim për shkak të informacionit të ri që rezulton si pasojë e një ndryshimi të mundshëm në të dhënat bazë.

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Gjatë 12 muajve të fundit a keni dashur ndonjëherë të:

Dëmtoni veten?	<input type="checkbox"/> Kurrë <input type="checkbox"/> Disa herë <input type="checkbox"/> Shpesh
Ti jepni fund jetës suaj?	<input type="checkbox"/> Kurrë <input type="checkbox"/> Disa herë <input type="checkbox"/> Shpesh

5.4d A jeni duke pasur mendime vetë-dëmtuese apo vetëvrasëse në këto momente?
 Po Jo

5.5 A e keni dëmtuar ndonjëherë veten? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	5.5a Në të kaluarën (> 3/12) <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	5.5b Sa herë?
Nëse po, kryeni një vlerësim të plotë të rrezikut	5.5c Kohët e fundit (<3/12) <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	5.5d Sa herë?

5.5e Shënime:

5.7 A keni tentuar ndonjëherë vetëvrasje? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	5.6a Në të kaluarën (> 3/12) <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	5.6b Sa herë?
Nëse po, kryeni një vlerësim të plotë të rrezikut	5.6c Kohët e fundit (<3/12) <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	5.6d Sa herë?

5.7e Shënime:

5.8 Nëse është identifikuar në vlerësimin fillestar (P7.4) se përdoruesi i shërbimit ka vështirësi në të mësuar, ndiqni pyetjet në mënyrë që ti japin përdoruesit të shërbimit mundësinë për të verifikuar informacionin nga vlerësimi fillestar dhe / ose për të siguruar informacione të reja.

Identifikimi i aftësisë së kufizuar të mësim: PO JO

I butë I moderuar I rëndë

5.8a Kur u diagnostikua?

5.9 A vuani nga episode depresive? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	5.9a Në të kaluarën:
Nëse po, kryeni Inventarin Becks	5.9b Aktualisht:

5.10 A vuani nga periodik depresive çrregullim?
Kur u diagnostikuat? PO JO

5.11 A vuani nga skizofrenia?
Kur u diagnostikuat? PO JO

5.12 A vuani nga sulme paniku ose një çrregullim ankthi?
Kur u diagnostikuat? PO JO

(Kjo ka të bëjë me të kaluarën & aktualen) Nëse po kryeni SHAD

5.13 A keni ADHD apo çrregullime të sjelljes?
Kur u diagnostikuat? PO JO

5.14 informacione të tjera relevante:

5.15 Shëndeti Mendor Fushat kryesore të nevojës
Listo nevojat e identifikuar nga ky seksion i Vlerësimit Mjekësor

§ _____	Prioritet
§ _____	

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Emri i Pacientit

Nr.

Data e lindjes

6.0 HISTORIA E EKZAMINIMIT VIRAL: (P=PO, J=JO, ND = Nuk dihet)

Ekzanimim	Ekzaminuar	I vetedijeshem per rezultatet	Vaksinimet	Sasia	Tx i mepareshem ose i referuar
Hep A	<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Nuk dua ta them	<input type="checkbox"/> PO P/N Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Nuk Dua ta them	<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND		<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Nuk Dua ta them
Hep B	<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> Nuk dua ta them	<input type="checkbox"/> PO P/N Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> Nuk Dua ta them	<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> PO		<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> Nuk Dua ta them

Hep C	<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Nuk dua ta them	<input type="checkbox"/> PO P/N Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Nuk dua ta them	<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND		<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Nuk dua ta them
HIV	<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Nuk dua ta them	<input type="checkbox"/> PO P/N Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Nuk dua ta them	<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND		<input type="checkbox"/> PO Data: Vendi <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Nuk dua ta them

Nëse klienti nuk është ekzaminuar	Ekzaminimi ofruar PO / JO	Pranuar PO / JO	Nenshkuar PO / JO
Është Hb Titre i nevojshëm? Po / JO	Hb Titre i ofruar PO / JO	Pranuar PO / JO	Nënshtkuar PO / JO

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

6.1 BBV Ekzaminimet kyce te nevojës	
Listoni nevojat e identifikuar nga ky seksion I vleresimit mjekësor	
§ _____	Prioritet <input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>

7.0 Observimet klinike

Prezantimi		Flokët	
Lëkura: Ngjyra/ Skuqje / kruarje / Vena sklerotike/Absese /Shenja shiringash/Vetë dëmtime			
Orale / Dentale:		Tatuazhe / Piercings:	
Dieta/Oreksi			
Çrregullime të mundëshme të ushqyerjes Po/Jo			
Humbje Peshe (MUST): Po/Jo			
Presioni I gjakut	Pulsi	Temperatura	Alergji
Gjatësia	Pesha	BMI < 20, A kërkohet një vlerësim? Po/Jo	BSL (nëse është diabeti)

Dëgjimi	Shikimi/Pupilat Normal Të zvogëluara Të dilatuara	Jashtëqitja/ Trakti GI Normal Konstipacion Diarre / I lirë Hemorroide: Eliminimi/ Fshikeza Normal Anuri Poliuri Dizuri	Shtatezania - / 40 EDD..... . Apt i parë antenatal Po/Jo Data.....
Kontracesioni: Po/Jo Nese Po Lloji Pershkruar nga kush: Kur: _____		Cikli Menstrual: I rregullt/ I çrregullt / Amenorre Dita e parë e menstruacioneve të fundit Test Shtatëzënie: Po/Jo Rezultati...Po/Jo Referuar: _____ Data:	
Analiza Urinës: Po/Jo Resultati:		Frymemarrja Po/Jo Rezultati:	
Gjaku: Po/Jo Hematologjike / Biokimike		Gjaku: Po/Jo Serologjike / BBV Test / Hb Titre	
Ekzaminime të tjera:			
Komentet përkatëse:			

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

7.1 Vëzhgimet klinike fushat kryesore të nevojës

Listoni nevojat e identifikuar nga ky seksion i vlerësimit mjekësor

Prioritet

§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>

8.1. Rezultatet, Prioritetet dhe Konkluzionet me Përdoruesit e Shërbimit

A keni diskutuar me Përdoruesit e Shërbimit mbi Prioritetet dhe për nevojat e identifikuar e të listuara?

Po Jo

Mjekim/LN Plani kujdesit të identifikuar – Prioritete/Motivimi

§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>
§ _____	<input type="checkbox"/>

§ _____

8.1a. A janë identifikuar shfaqjet e rreziqeve ku kërkohet vlerësim i plote i riskut?

Po Jo këtë herë

Nëse po, listoni vlerësimet e identifikuar të vlerësimit të përgjithshëm të kërkuar?

8.2. Lista e shërbimeve të mundshme të kërkuara, referime të mëtejshme të nevojshme. Nëse keni një kërkesë, keni diskutuar me përdoruesin e shërbimit

arsyen pse kjo do të ishte e dobishme?

Lloji i shërbimit:	Arsyeja e referimit	Miratimi i dhënë për t'u referuar
		<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
		<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
		<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
		<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo

Ju dhe shfrytëzuesi i shërbimit keni përfunduar dhe keni nënshkruar një formular (a) të miratimit për referimin dhe marrjen e rezultatit të analizave mjekësore, nëse është e nevojshme..

Po Jo

Nëse kemi diskutuar një plan përcjelles nga ky shërbim për çdo referim të rënë dakort, si pjesë e këtij procesi vlerësimi?

Po Jo

A keni diskutuar mbi informacionin për përcjelljen e përdoruesit të shërbimit që duhet ti kthehet përsëri shërbimit referues, dhe a keni rënë dakord për këtë?

Po Jo

A i keni ofruar një përdoruesi të shërbimit një plan trajtimi? Po Jo

Shtojca 1: Modele Vlerësimi

Emri i Pacientit Nr. Data e Lindjes

Firma e përdoruesit të shërbimit _____ Data _____

Emri i printuar i vlerësuesit _____, Infermieri

Firma e vlerësuesit _____ Data _____

(Vetëm shërbimi i trajtues adiktiv)

Mjeku i klinikës _____ Data _____

Shtojca 2: Modele të Planit të Kujdesjes

Struktura e shabllonit të mëposhtëm është marrë nga "National Drugs Rehabilitation framework (2010)". Ka për qëllim që të ketë një plan kujdesjeje të përbashkët për çdo përdorues të shërbimit që do monitoret nga menaxheri i rasteve.

Shablloni i planit të kujdesjes (përdorues i shërbimit dhe punonjësit)

Modeli i planit të përkujdesjes

Ky plan përkujdesjeje i përbashkët mund të ndahet në seksione të ndara, me punonjës të ndryshëm që kanë marrë përgjegjësi të ndryshme. Çdo rresht plotësohet dhe monitorohet nga një punonjës. Menaxhuesi i rasteve kontrollon të gjithë planin.

Shtojca 3: Fleta Informative për Pacientin

Lista Kombëtare e Pritjes (LKP) për Trajtimin e Varësisë ndaj Opiateve Fleta Informative për Pacientin

Lista Kombëtare e Pritjes (LKP) është dizenuar për të siguruar një shërbim të barabartë për të gjithë klientët që paraqiten për trajtimin e varësisë ndaj Opiateve. LKP do të sigurojë informacion mbi kohën e pritjes dhe do të ndihmojë me planifikimin e shërbimit dhe zhvillimin brenda Shërbimeve të Varesisë.

Çdo informacion mbi LKP trajtohet në konfidencë të plotë në përputhje me Legjislacionin e Mbrojtjes së të Dhënave

Emri i Pacientit _____ Mashkull Femër

Data e Lindjes __/__/____

Unë jam këshilluar dhe e kuptoj se të dhënat e mia do të vendosen në Listën Kombëtare të Pritjes për trajtim kur këto procese vlerësimi të kenë përfunduar:

- a) verifikimi se emri im nuk ndodhet ende në këtë listë
- b) verifikimi se nuk jam aktualisht në marrje të trajtimit

Unë jam këshilluar dhe e kuptoj se të dhënat e mia do të trajtohen në mënyrë konfidenciale dhe do të mbahen të sigurt dhe se unë mund të kërkoj që të dhënat e mia të hiqen nga LKP në çdo kohë.

Unë jam këshilluar dhe e kuptoj se të dhënat e mia do të hiqen nga LKP, kur:

- të kem filluar trajtimin
- të mos kem më nevojë për trajtimin që më është ofruar
- nuk mund të kontaktohem nga shërbimi i adiksionit

Unë jam këshilluar dhe e kuptoj se duhet të mbaj kontakt të rregullt me Shërbimin e Adiksionit, në përputhje me statusin tim në LKP.

Firma e Pacientit _____ Data __/__/____

Une ia kam shpjeguar pacientit, informacionet e parashtuara më lart. Një kopje i është dhënë pacientit. Pacientit i është dhënë mundësia për të pyetur dhe verifikuar çdo paqartësi.

Firma e stafit _____ Data __/__/____

Shtojca 4: Lista Qëndrore e Trajtimit të Pacientit; Formular Pranimi

Lista qendrore e Trajtimit të Pacientit – Formular Pranimi.

Pas pranimit të formularit të plotësuar, pacienti do të hyjë në Qendren e Trajtimit të Pacientëve. Lista mund të kontrollohet me telefon
Formulari duhet të plotësohet i tëri! Karta e trajtimit nuk mund të përpilohet pa NËNSHKRIMIN dhe FOTOGRAFINË E PACIENTIT.

Të dhënat e pacientit

EMRI: _____

MBIEMRI: _____

ADRESA: _____

DITËLINDJA _____

Nr. i Kartelës së Pacientit

Vendos
Fotografi

LLOJI I TERAPISË

Data e fillimit _____ Data e mbarimit _____

F. INDUKSIONIT F. STABILIZIMIT F. MBAJTËSE F.DETOKSIFIKIMIT

DISPENSING REQUIREMENTS: _____

EMRI I MJEKUT TË QENDRËS: _____

ADRESA _____ Mund të përdoret vulë

NR. TEL _____

EMRI I SHPËRNDARËSIT _____ (Mund të përdoret vulë)

ADRESA _____

NR. TEL _____

Firma e Pacientit

Vetëm për përdorim zyre

Data e marrjes		Plotësuar nga	
Data e verifikuar me listën e subboxonit			
Nëse është e aplikueshme			
Mjeku kordinator		Shpërndarësi	
Data e dergimit të kërkesës		Data që kërkesa i dërgohet shpërndarësit	
Data e aprovuar nga mjeku kordinator		Data e aprovimit nga shpërndarësi	
E kontrolluar nga			

Shtojca 5: Drogat Ndërvepruese me Metadonin

		Rrit efektin e Metadonit	Ul efektin e Matadonit
Anti-Infektive	Antibakterial	Ciprofloxacilin Clarithromycin Erythromycin	Fusidic Acid Rifampicin
	Antifungale	Fluconazole Ketoconazole	
	Antiretrovirale	Delaviridine	Abacavir Amprenavir Efavirenz Lopinavir/Ritonavir Nelfinavir Nevirapine Ritonavir
Kardiake	Kalciblokues	Verapamil	
Kortikosteroide			Dexamethasone
Gastrointestinale		Cimetidine Omeprazole	
Neurologjike	Anti-Alkoolike	Disulfiram	
	Antikonvulsant		Carbamazepine Phenytoin
	Migrene	Dihydroergotamine	
Opioide			Buprenorphine Naloxane Naltrexone Pentazocine

Shtojca 5: Drogat që Ndërvepruese me Metadonin f.19

		Rrit efektin e Metadonit	Ul efektin e Matadonit
Psikiatrike	Antianksioze	Diazepam	
	Antidepresive	Fluoxetine Fluvoxamine Moclobemide Nefazodone Paroxetine	
	Barbiturate		Amobarbital Butalbital Pentobarbital Phenobarbital Secobarbital
Urologjike	Diuretike		Spironolactone
	Acidifikues urinar		Vitamine C (në doza të medha)
	Alkalinizues urinar	Bikarbonat Sodium Potassium Citrate	
Droga bimore		Cat's Claë kamomil	St. John's Wort
Ushqime		Lëngu i QITROS	
Psikoaktive		Përdorimi i Alkoholit (përdorim i menjehershëm)	Alkohol (përdorimi kronik) Kokaina Heroina Duhani

Shtojca 6: Droga që Mund të Agravojnë Simtomat në Fazën e Fundit të Detoskifikimit. (RCGP, 2010, p.19)

Simptoma	Droga
Krampe muskulare	Quinine sulphate normalisht 200 deri 300 mg në darkë
Spazma gastrointestinale dhe krampe të stomakut	Hyoscine butylbromide (Buscopan) 10 deri 20 mg pasdite
Diarre	Loperamide hydrochloride (Imodium) 4mg e menjëhershme, pastaj 2 mg pas çdo episodi diarrije (maksimumi 10mg ne 24 ore)
Të vjella	Metoclopramide hydrochloride 10 mg 3 herë në ditë Shënim: Domperidoni nuk është i përshtatshëm për shkak të rritjes së rrezikut të zgjatjes së intervalit QT në pacientët që marrin metadon.
Ankth	Propranolol 10 mg
Dhimbje koke dhe kockash	Paracetamol 1 gr në ditë, ose Anti-inflamatorët Jo-steroidale (NSAID) si psh. ibuprofen 400 mg 3 herë në ditë pas ushqimit
Sedatim	Trazodone 100 to 150 mg në darkë, ose Diazepam 2 deri 10 mg gjatë ditës dhe 10 mg në darkë për 3 deri në 5 ditë

Shtojca 7: Matrica të Ndryshme për Testimin e Drogave, përshtatur nga TAP 32 (SAMHSA, 2012)

Matrica	Avantazhe	Disavantazhe
Urina	<ul style="list-style-type: none"> E disponueshme në sasi të mjaftueshme Përqëndrime më të larta të drogave mëma dhe/ose metabolitëve, se sa në gjak Testet-e punkt-it-të kujdesjes të disponueshme (POCTs) Teknika testuese të mirë-vlerësuar 	<ul style="list-style-type: none"> Dritare detektimi e shkurtër deri mesatare E lehtë për falsifikim ose zëvendësim Mund të kërkojë mbikyrje të grumbullimit në disa situata klinike/ligjore
Fluid Oral	<ul style="list-style-type: none"> Grumbullim jo-invaziv i mostrës E lehtë për t'u mbledhur Risk i ulur për falsifikim Observim direkt i mbledhjes së mostrës Objekt i analizës mund të jetë droga mëmë në krahasim me metabolitin Aftësi për detektim në ditën e përdorimit, në disa raste Detekton droga reziduale në gojë 	<ul style="list-style-type: none"> Volum i limituar i mostrës Mundësi e kontaminimit nga droga reziduale në gojë që mund të mos lidhen me përqëndrimet në gjak Dritare detektimi e shkurtër Në disa rrethana, kërkohet një periudhë observimi prej 10-15 minutash përpara marrjes së mostrës
Floke	<ul style="list-style-type: none"> Dritare më të gjatë të detektimit Observim direkt i grumbullimit të mostrës Grumbullim jo-invaziv i mostrës Ruajtje dhe transport i lehtë E vështirë për t'u falsifikuar ose ndryshuar Mostër lehtësisht e disponueshme, në varësi të gjatësisë së flokut të testuar 	<ul style="list-style-type: none"> Nuk mund të detektojë përdorimin brenda 7–10 ditëve të fundit Vështirësi në interpretimin e rezultateve Nr i pakët i laboratorëve që kryejnë testin Vështirësi në detektimin e niveleve të ulëta të përdorimit (p.sh., episod i vetëm përdorimi) Mund të jetë i pjesshëm në varësi të ngjyrës së flokut Mostra mund të largohet përmes ruajtjes
Djerse	<ul style="list-style-type: none"> Detekton përdorimin e vonshëm (më pak se 24 orë) ose lejon për testimin grumbullues me patch-in e djersës (i vendosur për 7-14 ditë) Grumbullim jo-invaziv i mostrës Vështirë për t'u falsifikuar Kërkon pak trajnim për mbledhjen e mostrës 	<ul style="list-style-type: none"> Pajisje të pakta dhe ekspertizë e limituar për testim Risk i largimit aksidental ose të qëllimshëm të pajisjes grumbulluese të djersës Efekte të panjohura të ekskretimit variabël të djersës midis individëve Vetëm një patch grumbullues i disponueshëm kështu që nuk mund të bëhen analiza të shumta në rast se nevojitet

Shtojca 7: Matrica të Ndryshme për Testimin e Drogave, përshtatur nga TAP 32 (SAMHSA, 2012)

Gjak	<p>Zakonisht detekton përdorimin e vonshëm</p> <p>Metoda testuese laboratorike të përcaktuara</p>	<p>E shtrenjtë</p> <p>Dritare detektimi e kufizuar</p> <p>Grumbullim invaziv i mostrës (venopunkte)</p> <p>Risk i infektimit</p> <p>Kërkon trajnim për grumbullimin e mostrës</p> <p>Mund të mos jetë opsion për individë me akses venoz të varfër</p>
Fryme	<p>Metodë e mirë-përcaktuar për testimin e alkoolit</p> <p>Lehtësisht e disponueshme</p>	<p>I përdorur për alkolin</p> <p>Dritare detektimi e shkurtër</p> <p>Mund të jetë e vështirë për të marrë mostrën e duhur veçanërisht me pacientë që janë shumë të intoksikuar ose jo bashkëpunues</p>

Shtojca 8: Kohëzgjatja e përafërt e Zbulimit të Drogave të Selektuara në Urinë/Lëngje

Drogë ose metabolit	Kohëzgjatja e detektimit në urinë	Kohëzgjatja e detektimit në lëngjet orale
Amfetaminat përfshirë metil amfetaminë dhe MDMA	2 ditë	
Benzodiazepinat		
»» Me veprim shumë të shkurtër (gjysmë-jeta 2h) (p.sh. midazolam)	12 orë	
»» Me veprim të shkurtër (gjysmë-jeta 2-6h) (p.sh. triazolam)	24 orë	
»» Me veprim mesatar (gjysmë-jeta 6-24h) (p.sh. temazepam, chlordiazepoxide)	2-5 ditë	
»» Me veprim të zgjatur (gjysmë-jeta 24h) (p.sh. diazepam, nitrazepam)	7 ditë ose më tepër	
Buprenorphine/buprenorphine - naloxone dhe metabolitet	8 ditë	
Metabolitë të cocainës	2-3 ditë	
Methadone (dozë mbajtëse)	7-9 ditë	Midis 24 dhe 48 orë për shumicën e drogave
Codeine, Dihydrocodeine, Morphine	48 orë	
Propoxyphene		
Heroina detektohet në urinë si metabolit 6 acetyl morphine (6am)	24 orë	
Kanabinoidët		
»» Dozë e vetme	3-4 ditë	
»» Përdorim i moderuar (tre herë në javë)	5-6 ditë	
»» Përdorim i rëndë (çdo ditë)	20 ditë	
»» Përdorim kronik i rëndë (> tre herë në ditë)	Deri në 45 ditë	

Shtojca 9: Tabela Përmbledhëse të Vaksinimit për Hepatitin A dhe B

Hepatiti B				
		Doza	Vëllimi	Oraret (muaj nëse nuk është thënë ndryshe)
Moshë 16 vjeç e lart	Engerix B	20mg	1ml	0, 1, 6 0, 1, 2, 12 ¹ 0, 7, 21 Ditë ² +12 muaj
	HBVAXPRO 10	10mg	1ml	0,1, 6 0, 1, 2, 12 ¹
Hepatiti A dhe B				
		Doza HAV / HBV	Vëllimi	Oraret (muaj nëse nuk është thënë ndryshe)
Moshë 16 vjeç e lart	Twinrix	720IU / 20mg	1ml	0, 1, 6 0,7, 21 Ditë ² +12

Niveli Anti-HBs	Veprimi i nevojshëm
0 ose <10 mIU / ml	Nuk përgjigjet Test për anti-HBc * Nëse anti-HBc negative, përsërit kursin e plotë të hepatitit Vaksina B (përdorni një markë tjetër) Rikontrollo mbetjet anti-HBs <10 mIU / ml, personi është i ndjeshëm ndaj HBV
10-99 mIU / ml	Përgjigje e ulët Nëse ka nivel të ulët anti-HBs të konfirmuar nga 2 analiza të ndryshme, jepni doza përforcuese nëse është në rrezik të lartë (shih faqen 12) Nuk ka nevojë të përsëritet testi për anti-HBs
100 mIU / ml ose më shumë	Përgjigje e mirë Nuk ka nevojë për vaksina të mëtejshme apo teste anti-HBs

* Për ata që kryejnë procedura ekspozuese, testimi i HBsAg duhet

1: Kur kërkohet mbrojtje e shpejtë 2: Kur kërkohet mbrojtje shumë e shpejtë

HBsAg	HBeAg	Anti-HBe	Anti-HBcIgM	Anti-Hbc total	Anti-HBs	Interpretimi
Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	I prekshëm ndaj HBV
Poz	Poz	Neg	Poz /Neg	Poz /Neg	Neg	Infeksioni akut HBV
Neg	Neg	Neg	Poz	POS1	Neg	Infeksion i kohëve te fundit HBV (dritarja HBsAg)
Poz	Poz	Neg	Poz /Neg i ulët	Poz	Neg	Infeksioni2 kronik HBV
Poz	Neg	Poz /Neg	Poz /Neg i ulët	Poz	Neg	HBeAg neg infeksion3 kronik HBV
Neg	Neg	Poz /Neg	Neg	Poz	Poz /Neg	Infeksion HBV i zgjidhur
Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Poz	Përgjigja ndaj vaksinës së hepatitit B

Shënime

- 1 Anti-HBc zbuluar në dy teste
- 2 Përcjellja e mostrës së nevojshme për të konfirmuar infeksionin kronik HBV
- 3 Përcjellja e mostrës së nevojshme dhe gjithashtu mund të kërkohet kryerja e testeve virale të ADN HBV .

Shtojca 10: Fragment nga Plani Kombëtar për Kontrollin e Drogës, 2019-2023

1. Trajtimi i disponueshëm, i arritshëm, atraktiv dhe i përshtatshëm për nevojat

(Shkëputur nga dokumenti i **Strategjisë Kombëtare të Kontrollit mbi Drogën, 2019-2023**, Kapitulli II: Trajtimi dhe Rehabilitimi ndaj Çrregullimeve të Lidhura me Përdorimin Problematik të Drogës)

Kriteret dhe ndërhyrjet e rekomanduara:

- 1.1 Disponueshmëria dhe ofrimi i shërbimeve esenciale për trajtimin e çrregullimeve shëndetësore psiko-fizike nga abuzimi me droga, në nivele të ndryshme të kujdesit shëndetësor (nga kujdesi primar deri në shërbimet shëndetësore terciare me programe të specializuara).**
- 1.2 Sigurimi i kushteve për ofrimin në vend të shërbimeve trajtuese esenciale të çrregullimeve shëndetësore nga abuzimi me drogat.**
- 1.3 Rrjeti i Shërbimeve trajtuese esenciale të çrregullimeve shëndetësore nga abuzimi me drogat duhet të ketë arritshmërinë e transportit publik.**
- 1.4 Shërbimet me prag të ulët duhet të jenë pjesë e sistemit të trajtimi, për të arritur “popullsinë e fshehtë”.**
- 1.5 Shërbimet trajtuese ndaj drogës duhet të jenë të përballueshme për klientë të grupeve të ndryshme socio-ekonomike.**
- 1.6 Shërbimet adiktive duhet të jenë gjini-sensitive.**
- 1.7 Shërbimet trajtuese esenciale ndaj drogës duhet të ofrojnë akses për shërbimet sociale, shërbimin e përgjithshëm shëndetësor dhe referim në qendrat e specializuara.**
- 1.8 Informacioni mbi disponueshmërinë e shërbimeve trajtuese anti-drogë duhet të jetë i arritshëm me lehtësi.**

Shtojca 11: Fragment nga Plani Kombëtar për Kontrollin e Drogës, 2019-2023

Objektivat strategjike për përmirësimin e kushteve dhe kujdesit në Sistemin e Ndëshkimit ndaj të dënuarve me çrregullime psiko-fizike nga abuzimi i drogave dhe ndërhyrjet e rekomanduara:

(Shkëputur nga dokumenti i **Strategjisë Kombëtare të Kontrollit mbi Drogën, 2019-2023**, Kapitulli III:Trajtimi i Problemeve të Drogës në IEVP)

- 1. Përfshirja në sistemin e burgjeve e shërbimeve psiko-shëndetësore multidisiplinare, me përbërjen bazale të një mjeku patolog, një psikologu, një laboranti, një stomatologu dhe një infermieri, të cilët të jenë të trajnuar për trajtimin e të dënuarve me varësi psiko-fizike nga substancat.*
- 2. Ndërtimi i një sistemi trajnimi të edukimit në vazhdim për këto stafe (në IEVP-të, ku ata janë), mbështetur në instrumente vlerësimi bashkëkohore për këtë kategori, me qëllim aftësimin dhe përditësimin e tyre mbi ndërhyrjet trajtuese ndaj drogave.*
- 3. Krijimi i infrastrukturës së nevojshme për ofrimin e shërbimeve trajtuese psiko-fizike për të burgosurit dhe të paraburgosurit me çrregullime të përdorimit dhe varësisë nga drogat.*
- 4. Për gratë e burgosur ose të paraburgosura, kushtet duhet të krijohen në përputhje me cënueshmërinë e tyre të shumëfishtë.*
- 5. Përfshirja në listën esenciale të medikamenteve për burgjet edhe e medikamenteve për trajtimin farmakoterapeutik të varësisë nga drogat.....*

Përpiluar e përshtatur nga GNP

Mars 2019