REPUBLIKA E KOSOVËS-REPUBLIKA KOSOVA-REPUBLIC OF KOSOVA
QEVERIA E KOSOVËS-VLADA KOSOVA-GOVERNMENT OF KOSOVA
MINISTRIA E SHËNDETËSISË-MINISTARSTVO ZDRAVLJA-MINISTRY OF HEALTH
Njësia Org.
Org.Jedinica
Org Unit 01
Nr.Prot:
Broj Prot:
Prot.No 05-6770
Nr.i faqeve
Br.stranica
No.pages -16-
Data:
Datum:
Date: 24/09/2026
Prishtinë / a

Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government
Ministria e Shëndetësisë-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e Ministrit– Ured Ministra –Office of the Minister

Nr: 208 /IX/2026
Datë: 22.09.2026

Ministri i Ministrisë së Shëndetësisë, në mbështetje të Nenit 145 (pika 2) e Kushtetutës së Republikës së Kosovës, në përputhje me nenet 10 dhe 11 të Ligjit Nr. 06/L-113 për Organizimin dhe Funksionimin e Administratës Shtetërore dhe të Agjencive të Pavarura (Gazeta Zyrtare Nr. 7, 01 Mars 2019), bazuar në nenin 11 paragrafin 1.5 të Ligjit Nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, bazuar në nenin 12, paragrafi 1, pika 1.1. Rregullores (QRK) - nr. 04/2026 për fushat e përgjegjësisë administrative të ministrive, duke u bazuar në nenin 16, 18 të Udhëzimit administrativ Nr.06/2023 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike, nxjerrë këtë:

V E N D I M

I. Miratohet Protokolli Klinik "Rreziku i mbidozimit ndaj alkoolit dhe drogave tjera".

II. Zbatimi i Protokolli Klinik është i detyrueshëm për të gjithë profesionistët shëndetësorë.

III. Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore janë përgjegjës për sigurimin e zbatimit të Protokolli Klinik.

IV. Protokolli Klinik publikohet në faqen zyrtare të MSh dhe të IKSHPK.

V. Shtojcë e këtij vendimi është Protokolli Klinik "Rreziku i mbidozimit ndaj alkoolit dhe drogave tjera".

VI. Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit nga Ministri i Shëndetësisë.

Dr. Arben Vitia

Minister i Shëndetësisë

Vendim i dërgohet:
- *Zëvendësministrave;*
- *Sekretarit i Përgjithshëm;*
- *Departamentit ligjor;*
- *Departamentit të PSSh;*
- *Arkivit të MSh-së.*

Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government
Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

RREZIKU I MBIDOZIMIT NDAJ ALKOOLIT DHE DROGAVE TJERA

PROTOKOLL KLINIK

Protokolli Nr.3/2026 Prishtinë, 2026 Verzioni 1.0

Protokolli klinik "Rreziku i Mbidozimit ndaj Alkoolit dhe Drogave tjera" është hartuar nga grupi punues multidiciplinar dhe multiprofesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë-Republika e Kosovës, Vendimi me nr.prot. 05-4304 dt. 05/06/2025.

1. Dr. Laura Shehu	Kryesuese, Mjeke,Specialiste e Shëndetit Publik;
2. Dr. Samire Gashi- Braina,	anëtar, Psikiatër, Kl. Psikiatrike
3. Dr. Albana Morina – Sahiti,	anëtar, Mjeke/ Mjeke Familjare KPSh
4. Znj. Elvane Kukalaj,	anëtar, Infermiere/Zyrtare, Divizioni i Shëndetit Mendor
5. Mph Agon Shala,	anëtar, Farmacist

Përkufizimet

Ambulatorë: Trajtimi i ofruar një pacienti, në një klinikë ose qendër mjekësore. Pacientët nuk pranohen në spital dhe nuk qëndrojnë gjatë natës.

Abstinenca: përfshinë një sërë simptome të pakëndshme që ndodhin pas ndërprerjes së papritur ose zvogëlimit të dozës së një substance psikoaktive që është konsumuar në doza mjaft të larta në një periudhë të gjatë kohore. Sindroma mund të jetë e shoqëruar me shenja të shqetësimit fiziologjik. Simptomet e abstinencës në bazë janë, të kundërta me ato që prodhohen nga vetë substanca psikoaktive. Abstinenca, nënkupton përmbajtja nga përdorimi i drogës dhe alkoolit në çdo kohë.

Amfetamina: një medikament stimulues i sistemit nervor qendror që ndikon në sistemin nervor qendror dhe periferik që shkakton një rrjedhje të neurotransmetuesve [dopaminës, serotoninës dhe noradrenalinës] në tru. Termi përfshinë tre lloje amfetaminash: amfetaminën, deksamfetaminën dhe metamfetaminën.

Benzodiazipina: Agonistët e receptorëve të benzodiazepinës [BZRA]; një klasë medikamenteve që veprojnë në sistemin nervor qendror, duke rritur lidhjen e GABA-s dhe hapjen e kanaleve jonike të klorurit. Ato lehtësojnë aktivitetin frenues dhe kanë veti hipnotike, anksiolitike, antikonvulsive dhe relaksuese të muskujve.

Dëshira: nënkupton një dëshirë shumë e fortë për një substancë ose për efektet dehëse të asaj substance.

Doza Adekuate: nënkupton dozën e e një medikamenti për paraqitjen e efekteve terapeutike.

Encefalopatia e Wernicke-ut: një sindromë neurologjike akute, kërcënuese për jetën, që shkakton: konfuzion, paralizë të muskujve okular, të shikimit [nistagmus], neuropati periferike dhe ataksi.

Shkaku i saj më i zakonshëm është mungesa e thiamines [vitamina B1], shpesh e shoqëruar me përdorim të tepërt, afatgjatë të alkoolit. Nëse nuk trajtohet menjëherë me Thiamine, pacienti ka të ngjarë të përparojë në një sindromë amnezike të përhershme [Psikoza e Korsakoff-it]. Në disa raste, mund të ndodhë fataliteti. **Shënim:** Gjithmonë sigurohuni që tiamine[thiamine] të jepet para glukozës nëse ka ndonjë dyshim për encefalopati të Wernicke-ut.

Kanabisi: kanabisi prodhohet nga kokat e thara të luleve dhe gjethet e bimës, përbërësit kryesorë aktivë në kanabis janë tetrahidrokanabinoli [THC] dhe kanabidioli [CBD].

Kujdesi i vazhdueshëm: në kontekstin e menaxhimit të abstinencës, kujdesi i vazhdueshëm i referohet menaxhimit të kujdesit pas abstinencës. Kujdesi i vazhdueshëm përfshinë: referimin në këshillim, trajtim mirëmbajtës në grupe vetëndihmëse dhe shërbime familjare.

Mbidoza: është përdorimi i çdo medikamenti në një sasi të tillë që në mënyrë akute shkakton efektet të pafavorshme fizike ose mendore. Mbidoza mund të ndodhë kur një person ka marrë më shumë dozë nga një substancë se sa doza terapeutike e rekomanduar ose sasi që tejkalon tolerancën, qoftë qëllimisht apo aksidentalisht.

Metadon: nënkupton një medikament opioid sintetik.

Naloxone: është një antagonist i receptorëve opioide që ndryshon tiparet e intoksikimit nga opioidet. Shpesh përdoret për trajtimin e mbidozës nga opioidet.

Trajtim intraspitalor: nënkupton trajtimi e ofruar të një pacienti të shtruar në një institucion spitalor me shtretër, qoftë në një njësi të specializuar të abstenimit të varësisë apo në një repart spitalor të përgjithshëm.

Rikthim/Relaps: Një kthim në përdorimin e substancave pas një periudhe abstinence.

Varësia: është një sindromë e karakterizuar nga përdorimi i detyrueshëm i një substance përkundër njohjes së pasojave negative të përdorimit të tillë.

Shkurtesat

ADHD	Alkooli dhe Drogat tjera
ATS	Amphetamine-Type Stimulants
AWS	Sindroma e tërheqjes nga alkooli
BD	Dy herë në ditë
BZRA	Benzodiazepina
COPD	Sëmundja Kronike Obstruktive Pulmonare
CIWA	Shkalla e Vlerësimit
DSM	Manuali Diagnostik dhe Statistikor i Çrregullimeve Mendore
GHB	Gamma-Hydroxybutyric Acid
QID	Katër herë në ditë

I.HYRJE

Mbidozimi nga alkooli dhe drogat e tjera përbën një emergjencë mjekësore me rrezik të lartë. Si rrjedhojë, ky protokoll klinik synon të udhëzojë profesionistët shëndetësorë në identifikimin e hershëm, vlerësimin, menaxhimin dhe trajtimin e sigurt dhe efektiv, duke përcaktuar parimet dhe procedurat përkatëse në përputhje me praktikat më të mira të bazuara në evidencë, me qëllim të sigurimit të kujdesit të standardizuar.

1.1 Qëllimi dhe fokusi

Ky protokoll klinik përcakton standardet dhe procedurat për menaxhimin e rasteve të lidhura me përdorimin e substancave psikoaktive, me fokus në parandalimin dhe trajtimin e mbidozimit. Synon të përmirësojë cilësinë e kujdesit shëndetësor përmes zbatimit të praktikave të bazuara në evidencë dhe harmonizimit të veprimeve klinike në të gjitha nivelet e shërbimit.

1.2 Dedikimi i udhërrëfyesit

Ky protokoll u dedikohet të gjithë drejtuesve dhe profesionistëve shëndetësor në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësorë që ofrojnë shërbime shëndetësore për trajtimin e pacientëve/klientëve që përdorin alkool dhe droga tjera. Protokolli ofron udhëzime të qarta për identifikimin e hershëm, vlerësimin klinik dhe ndërhyrjen fillestare në rastet që lidhen me përdorimin e alkoolit dhe drogave tjera. Mbështetë profesionistët shëndetësorë në ofrimin e kujdesit të sigurt, efektiv dhe të standardizuar, me synim të përmirësimit të rezultateve të trajtimit për pacientët

II.KRITERET PËR DIAGNOZËN

Të gjithë pacientët e shtruar në spital ose që paraqiten në departamentin e urgjencës duhet t'i nënshtrohen vlerësimit për keqpërdorimin e alkoolit dhe drogave tjera. Individët që raportojnë konsumimin e alkoolit dhe drogat duhet të pyetet për sasinë e konsumuar si dhe për karakteristikat e çrregullimit të përdorimit, duke përfshirë edhe abstinencën e mëparshme.

Vlerësimi duhet të përfshijë:

- Historinë e përdorimit të substancave që mbulon çdo substancë të përdorur, rreziqet që lidhen me përdorimin e shumë substancave dhe historinë e pacientit për abstinencë dhe çdo ndërlikim të lidhur;
- Historinë mjekësore dhe të shëndetit mendor;
- Vlerësimin psikosocial për të identifikuar pritjet, mbështetjet, pengesat dhe preferencat që mund të ndikojnë në menaxhimin e abstinencës;
- Ekzaminim fizik që përfshinë një vlerësim të shenjave të intoksikimit dhe abstinencës;
- Ekzaminim e gjendjes mendore.

III.OPSIONET E TRAJTIMIT DHE MENAXHIMIT

Menaxhimi i abstinencës nga opioidet mund të ndërmerret në mjedise ambulatore ose spitalore. Menaxhimi ambulator zakonisht realizohet tek rastet e përdorimit të metadonit. Menaxhimi spitalor duhet të merret në konsideratë për pacientët me sëmundje të rënda kardiovaskulare ose gjendje të tjera bashkëshoqëruese ku këshillohet të shmanget hiperaktiviteti i sistemit nervor simpatik. Zgjedhja e pacientit dhe rrjeti i mbështetjes sociale duhet gjithashtu të merren në konsideratë, dhe aty ku përpjekjet ambulatore kanë qenë të pasuksesshme.

IV. PËRGJEGJËSIT E EKIPEVE SHËNDETËSORE

Ky protoll u dedikohet të gjithë drejtuesve dhe profesionistëve shëndetësor në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësorë të cilët ofrojnë shërbime shëndetësore, dhe kanë përgjegjësi në ofrimin e shërbimeve për trajtimin e pacientëve/klientëve duke siguruar cilësi, standardizim dhe vazhdimësi të kujdesit shëndetësor për trajtimin e pacientëve/klientëve që përdorin alkool dhe droga tjera.

V. MONITORIMI DHE VLERËSIMI I TRAJTIMIT

Rishikoni pacientin rregullisht sipas gjendjes së pacientit, ashpërsisë së abstinencës dhe mjediseve të trajtimit. Rishikimi duhet të përfshijë: vlerësimin e rrezikut, vlerësimin e simptomave dhe ashpërsinë e abstinencës, ngjarjet negative, përdorimin e medikamenteve të tjera dhe çdo shqetësim të pacientit.
Monitorimi duhet të bazohet klinikisht në vëzhgime, shenja objektive dhe simptoma subjektive dhe mund të përfshijë shkallë të strukturuara të abstinencës. Shkallët e abstinencës nuk diagnostikojnë abstinencën, ato janë vetëm një udhëzues për ashpërsinë e një sindrome abstinence tashmë të diagnostikuar.

VI. RREZIKSHMËRIA DHE KOMPLIKACIONET

Gjatë javës së parë të trajtimit, diskutoni opsionet e menaxhimit të abstinencës pas ndërprerjes me pacientin dhe kujdestarin e nominuar/caktuar ose anëtarin e familjes. Këto përfshijnë vazhdimin e trajtimit me agonist opioid, ose këshillim për abstinencë dhe rehabilitim rezidencial.
Trajtimi afatgjatë me agonistë opioide ka një bazë të fortë provash dhe shpesh preferohet nga pacientët.Vendimet duhet të merren në partneritet me pacientët dhe bazuar në pëlqimin e informuar. Toleranca e reduktuar ndaj opioideve pas ndërprerjes rrit rrezikun e mbidozës nëse pacienti kthehet në përdorimin e opioideve më pas.

VII. NDËRHYRJET URGJENTE

Në kuadër të ndërhyrjeve urgjente bëjnë pjesë ndërhyrjet psikosociale, ndërhyrjet fizike dhe kujdesi mbështetës.

VIII. EDUKIMI DHE MBËSHTETJA PËR PACIENTËT

Edukimi dhe mbështetja për pacientët

Edukimi dhe mbështetja janë pjesë integrale e kujdesit shëndetësor, ofrohen me qëllim të informimi, orientimi dhe fuqizimi, për menaxhimin efektiv të gjendjes dhe përmirësimin e mirëqenies të pacientit. Parimet e përgjithshme të kujdesit mbështetës përfshijnë:

- Psikoedukimin dhe përballimin e simptomave të abstinencës;
- Pacientët duhet të edukohen në lidhje me simptomat e zakonshme të abstinencës, fillimin dhe kohëzgjatjen e tyre të mundshme, si dhe strategjitë e ballafaqimit [p.sh. teknikat e relaksimit, përmirësimin e cilësisë së gjumit, këshilla në lidhje me dietën];
- Strategji specifike për adresimin e agjitacionit, zemërimit dhe çrregullimeve të gjumit;
- Shpjegimi i shpeshtë i procedurave për pacientët me çrregullime të të menduarit ose perceptimit, për të orientuar dhe siguruar ate;
- Ndërhyrje në kriza, duke adresuar çështjen e ballafaqimit lidhur me sigurinë personale ose çështje të tjera urgjente të mirëqenies;
- Ballafaqimi i dëshirave, dëshirat janë një pjesë normale e të gjitha sindromave të abstinencës, dhe të gjithë pacientët duhet të edukohen në lidhje me natyrën e dëshirave dhe strategjitë për ballafaqimin e tyre gjatë abstinencës.

IX. PËRFUNDIMET DHE REKOMANDIMET

Naloxoni është një antagonist i receptorëve opioide që ndryshon tiparet e intoksikimit nga opioidet. Shpesh përdoret për trajtimin e mbidozës nga opioidet.

Organizata Botërore e Shëndetësisë rekomandon që Naloxoni të vihet në dispozicion të personave, që ka të ngjarë të jenë dëshmitarë të një mbidoze opioide, si dhe rekomandon realizimin e trajnimeve në menaxhimin e mbidozës së opioideve. Në rast të dyshimit për mbidozë të opioideve, ndihmësit e parë duhet të përqëndrohen në menaxhimin e rrugëve të frymëmarrjes, ndihmën në ventilim dhe administrimin e naloxonit.

Pas ringjalljes së suksesshme, pas administrimit të naloxonit, gjendja e vetëdijes dhe e frymëmarrjes së personit të prekur duhet të monitorohet nga afër derisa të arrihet shërimi i plotë. Në përgjithësi, pacientët duhet të monitorohen për të paktën katër orë pas dozës së fundit të naloxonit dhe për të

paktën gjashtë orë pas kohës së dyshuar të përdorimit të opioidit. Kohëzgjatja e periudhës së monitorimit mund të jetë e nevojshme të rregullohet nga ky standard në varësi të kohëzgjatjes së efektit të opioidit të marrë.

X. RISHIKIMI I PROTOKOLIT

Protokolli do t'i nënshtrohet rishikimit periodik çdo tre vjet, ose më herët në rast të paraqitjes së provave të reja shkencore.

XI. LITERATURA

Protokolli "Rreziku i Mbidozimit ndaj Alkoolit dhe Drogave tjera," është i përgatitur bazuar në Udhërrëfyesin klinik "Rreziku i Mbidozimit ndaj Alkoolit dhe Drogave tjera," viti 2026.

XII. SHTOJCA

Shembuj të regjimit me Diazepam

Tabela 1. Shembuj të regjimit me Diazepam

Regjimi	Doza
Doza fillestare me Diazepam Shembull i regjimit	**Dita 1:** Fillimisht 20 mg diazepam, pastaj 20 mg diazepam çdo dy orë, derisa pacienti të qetësohet lehtë. Zakonisht nuk nevojitet shtim i mëtejshëm i diazepamit pasi pacienti të qetësohet [lehtësisht i qetësuar dhe lehtësisht i zgjueshëm]. Nevojitet kontroll mjekësor nëse doza e kërkuar tejkalon 80 mg. **Më pas:** Pas ngarkimit, diazepami i shkaktuar nga simptomat jepet gjatë ditëve në vijim në një regjim reduktues
Diazepam dozë fikse Regjimi i reduktimit Shembull:	**Dita 1.** 10 mg diazepam QID **Më pas:** Reduktoni në 10 mg çdo ditë, duke e mbajtur dozën e përditshme deri në ditën 5 ose 6, pastaj ndërpriteni.
Simptomet e shkaktuar nga Regjimi i diazepamit	Rezultati CIWA-Ar nën 10 ose rezultati AWS nën 4: 0-5 mg diazepam; CIWA-Ar 10-20 ose AWS 4-14: 10 mg diazepam; CIWA-Ar mbi 20 ose AWS mbi 14: 20 mg diazepam; Kërkohet shqyrtim mjekësor nëse doza e kërkuar tejkalon 80 mg.

Në vijim gjeni tabelën 1.1 në të cilën përshkruhet shembulli i regjimit ambulantor të diazepami

Tabela 1.1Shembull i regjimit ambulantor i diazepamit Regjimi	Dozimi
Dita e I	10 mg Diazepam çdo gjashtë orë
Dita e II	10 mg Diazepam çdo tetë orë
Dita e III	10 mg Diazepam në mëngjes dhe në mbrëmje
Dita e IV	5 mg Diazepam në mëngjes dhe në mbrëmje
Dita e V	5 mg Diazepam gjatë mbrëmjes

Rastet më të lehta mund t'i përgjigjen dozave më të ulëta [gjysma e mësipërme

Tabela 1.2 Frekuenca e monitorimit për abstinencë nga alkooli

Tabela 1.2 Frekuenca e monitorimit për abstinencë nga alkooli

Ashpërsia e abstinencës	Rezultati CIWA-Ar	Rezultati i AWS	Frekuenca e monitorimit
Lehtë	Më pak se 10	Më pak se 4	4-6 orë
Moderuar	10-20	4-14	2-4 orë
Rëndë	Më shumë se 20	Më shumë se 14	Çdo orë

Kërkohet rishikim mjekësor tek pacientët me rezultate në rritje ose abstinencë të rëndë që nuk i përgjigjen trajtimit medikamentoz

Tabela 1.3 Dozimi i tiaminës për një person përndryshe të shëndetshëm me një konsum të mirë dietik

Tab 1.3 Dozimi i tiaminës për një person përndryshe të shëndetshëm me një konsum të mirë dietik

Për 3 ditët e para	Tiaminë [thiamine] orale 100 mg tri herë në ditë.
Për 11 ditët e ardhshme	Tiaminë [thiamine] orale 100 mg në ditë.

Dozimi i tiaminës për personat me përdorim kronik të nivelit të lartë të alkoolit dhe ushqyerje të dobët

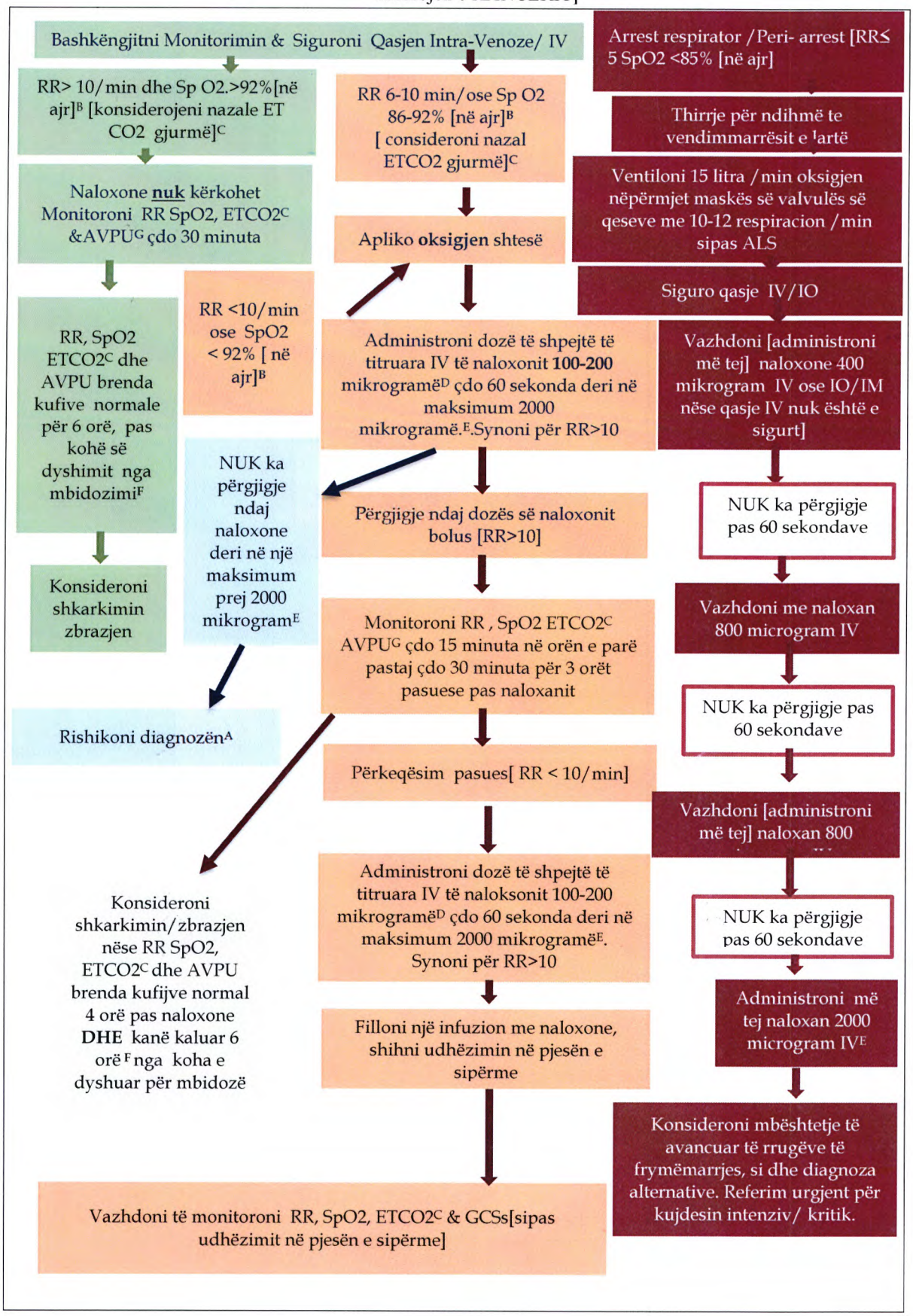
Për 3 ditët e para	AdministroniTiaminë [thiamine], 300 mg në ditë në mënyrë intravenoze
Më pas për disa javë	Doza orale e Tiaminës [thiamine] prej 300 mg në ditë

Dozimi i tiaminës për personat me encefalopati simptomatike ose të dyshuar të Wernicke

Fillimisht	Administroni Tiaminë [thiamine] 500 mg IV tri herë në ditë derisa të shihet një përgjigje klinike.
Më pas për disa javë:	Udhëzuar nga progresi dhe specialist që trajton varësinë ose këshilla neurologjik

Menagjimi i dyshimit për toxicitet akut opioid tek të rriturit ED[A]

[Kjo Tabelë nuk duhet të përdoret për toksicitetin e opioideve në pacientët që marrin opioidet e përshkruara për dhimbjen e KANCERIT]



Interpretimi i referencave nga Tabela – Fig 1. [A, B,C,D,E.F.G]

A. Gjithmonë merrni në konsideratë diagnozën alternative;. Ekzaminimet duhet të përfshijnë përqendrimin e paracetamolit BM VBG +/ - CT e kokës.

B. Interpretoni saturimin me kujdes, tek ata me sëmundje të mëparshme respiratore , siç është COPD.

C. Nëse është i disponueshëm [dhe klinicistët kanë përvojë në përdorimin e tij] ETCO2 nazale mund të përdoret si një ndihmës për vlerësimin klinik të statusit të ventilimit për të ndihmuar vendimmarrjen, por duhet të interpretohet me kujdes, te rastet me sëmundje respiratore para-ekzistuese dhe në kontekstin e historisë dhe shenjave klinike.

D. Dozat fillestare të bolusit të naloxanit duhet të jenë 100 mikrogram.
Nëse pacienti nuk i përgjigjet katër boluseve prej 100 mikrogramësh, dozat pasuese të bolusit duhet të jenë 200 mikrogram. Merrni 1 shishe naloxane prej 400 mikrogramësh në një shiringë 10 ml dhe plotësojeni deri në 10 ml me tretësirë fiziologjike.
Një bolus prej 100 mikrogramësh do të jetë 2.5 ml dhe një bolus prej 200 mikrogramësh do të jetë 5 ml.

E. Tek rastet me toksicitet të rëndë ose të ekspozuar ndaj opioideve të fuqishme mund të kenë nevojë për doza më të mëdha të naloxanit [më shumë se 4 mg].

F. Nëse një pacient raporton, ose nga aspekti klinik dyshohet për përdorim të opioideve me veprim më të gjatë, siç është metadoni ose një opioid NPS, periudha e vëzhgimit duhet të zgjatet deri në 12 orë.

G. Ndërsa është e dobishme për të monitoruar, vlerësuar gjendjen e vetëdijes, përmirësimin apo përkeqësimin e vetëdijes [AVPU, GCS]. Qëllimi i administrimit të naloxanit duhet të jetë kundërveprim i depresionit respirator dhe ruajtja e reflekseve mbrojtëse të rrugëve respiratore por jo rikthim i plotë i vetëdijes.

Kjo është një rrugë e sugjeruar për menaxhim dhe jo një kujdes standard i detyrueshëm. Klinisitët [veçanërisht vendimmarrësit e lartë me trajnim të mjaftueshëm në anestezi, mund të zgjedhin të përdorin qasje alternative, duke përfshirë oksigjenimin me hiperkapni të lejuar, ose doza më të ulëta të bolus të naloxonit, dhe të tolerojnë ritme më të ulëta respiracionit sesa ato të sugjeruara këtu.

Administrimi: Tabela 2. Paraqet shkallën e rekomanduar të infuzionit në mikrogramë/orë dhe ml/orë të tretësirës së përgatitur.

Tabela 2: Shkalla e rekomanduar e infuzionit fillestar për infuzionin e naloxone

Doza totale fillestare e bolusit e kërkuar për përgjigje	Shkalla e fillimit të infuzionit [mikrogram/h]	Shkalla e fillimit të infuzionit [mL/h]
200 microgram	120 microgram/h	1 .2 mL/h
400 microgram	240 microgram/h	2.4 mL/h
600 microgram	360 microgram/h	3.6 mL/h
800 microgram	480 microgram/h	4.8 mL/h
1000 microgram	600 microgram/h	6.0 mL/h
1200 microgram	720 microgram/h	7.2 mL/h
1400 microgram	840 microgram/h	8.4 mL/h
1600 microgram	960 microgram/h	9.6 mL/h
1800 microgram	1080 microgram/h	10.8 mL/h
2000 microgram	1200 microgram/h	12.0 mL/h

Pyetësori: Abstenimi subjektiv i Opiateve

Në përgjigje të simptomeve, bazuar në përvojat e mëposhtme, shkruani një numër nga 0-4 që korrespondon me atë se si ndiheni për secilën **TANI**.

0 = aspak

1 = pak

2 = mesatarisht

3 = pak a shumë

4 = jashtëzakonisht

Tabela 1. Pytësori Abstenimi subjektiv i Opiateve

Data: **Koha:** **Nr.**	**Simptomet**	**Shkalla**	**Shkalla**	**Shkalla**	**Shkalla**	**Shkalla**
1.	Ndihem i shqetësuar					
2.	Ndjehem sikur po gogësojë					
3.	Po djersitem					
4.	Sytë më përloten					
5.	Më rrjedh hunda					
6.	Kam rënqethje					
7.	Unë dridhem					
8.	Unë kam të nxehtë					
9.	Kam skuqje nga të nxehtit					
10.	Kam skuqje nga të ftoftit					
11.	Më dhembin muskujt dhe kockat					
12.	Ndihemi i nervozuar i shqetësuar					
13.	Ndihem konfuz					
14.	Më vjen të vjellë					
15.	Më dridhen/lëvizin muskujt					
16.	Kam ngërçe në stomak					
17	Ndjejë dëshirë ta përdor tani					
Pikët totale						

Pyetësori: Abstenimi i benzodiazepinës - Shkalla e Vlerësimit sipas pikëve

Tabela 2. Abstenimi i benzodiazepinës – Shkalla e Vlerësimit sipas pikëve

Simptomet	0	1	2	3	4
Ndiheni nervoz?					
Ndiheni të lodhur?					
Ndiheni të tensionuar?					
Keni vështërsi të përqëndroheni?					
Keni humbje të oreksit?					
Keni ndonjë mpirje ose djegie në fytyrë, duar ose këmbë?					
A ndjeni të rrahurat e zemrës [palpitacionet]?					
A ndjeni kokën e mbushur ose dhembje?					
Ndjeni dhimbje muskulore apo ngurtësi?					
Ndiheni në ankth, nervoz apo shqetësim?					
Ndiheni i mërzitur?					
Sa i qetë ka qenë gjumi juaj mbrëmë?					
Keni ndonjë shqetësim në shikim? [ndjeshmëria ndaj dritës, shikimi i paqartë]?					
A keni frikë?					
Jeni shqetësuar për fatkeqësitë e mundshme kohët e fundit?					
Observimi/Vëzhgimi Klinik					
Vëzhgoni klientin për djersitje, shqetësim ose agjitim					
Vëzhgojnë dridhjet					
Vëzhgoni ndjesinë e shuplakave [pëllëmbëve]					

Pyetësori: Abstenimi i Amfetaminës

Gjatë 24 orëve të fundit: [rrethoni një përgjigje për pyetje]

Tabela 3. Abstenimi i Amfetaminës

	Simptomet	Aspak [0]	Shumë pakë [1]	Pakë [2]	Shumë [3]	Shumë Shumë [4]
1.	Keni pasur dëshirë për amphetaminë apo metamfetamina?					
2.	Jeni ndier i trishtuar?					
3.	Keni humbur interesin për gjërat apo nuk kënaqeni më me to?					
4.	Jeni ndjerë në ankth?					
5.	A keni ndjerë sikur lëvizjet tuaja janë të ngadalta?					
6.	Jeni ndjerë i shqetësuar?					
7.	Jeni ndjerë i lodhur?					
8.	Ju është rritur oreksi apo jeni duke ngrënë shumë?					
9.	A keni pasur ndonjë ëndërr të pakëndshme?					
10.	Keni pasur mall/dëshirë për gjumë apo keni fjetur shumë?					

Vlerësimi i abstinencës së Kanabisit – Shkalla

Përshkruani se si jeni ndjerë gjatë 24 orëve të fundit, ju lutemi rrethoni numrin që paraqet gjendjen tuaj. Për çdo deklaratë, ju lutemi vlerësoni ndikimin e kanabisit, sipas shkallëve [0 = aspak në10 = jashtëzakonisht], duke shkruar numrin në kolonë.

Tabela 4. Vlerësimi i abstinencës së Kanabisit - Shkalla

	Simptomet	Aspak	Moderuar	Jashtëzakonisht	Ndikim negativ në aktivitete ditore
1.	E vetmja gjë për të cilën mund të mendoja ishte pirja e kanabisit				
2.	Kisha dhimbje koke				
3.	Nuk kisha oreks				
4.	Ndjeva të përzier [si të vjella]				
5.	U ndjeva i nervozuar				
6.	Kam pasur disa shpërthime zemërimi				
7.	Kam pasur luhatje të disponimit				
8.	Ndihesha i dëshpëruar				
9.	Irritohesha lehtë/shpejtë				
10.	Kisha imagjinuar të isha i goditur me gurë				
11.	Ndihesha i shqetësuar				
12.	Zgjohesha herët				
13.	Kisha dhimbje barku				
14.	Kam pasur ankthe dhe/ose ëndrra të çuditshme				
15.	Jeta dukej e vështirë				
16.	U zgjova natën duke u djersitur				
17.	Kisha vështirësi për të fjetur natën				
18.	U ndjeva fizikisht i tensionuar				
19.	Kam pasur afshe				