

Tratamiento del dolor con medicina opioide: acuerdo del paciente

Este acuerdo es esencial para la confianza necesaria en la relación de un recetador/paciente. Mi recetador me ha explicado el plan de tratamiento. Yo comprendo que hay un riesgo de dependencia psicológica y física y de adicción asociada con el uso crónico de sustancias controladas usadas para el dolor. Me han informado de los efectos secundarios que puedo experimentar. Mi recetador ha decidido tratarme con sustancias controladas para el dolor porque:

I, _____, comprendo y voluntariamente acuerdo a lo siguiente (Ponga sus iniciales en cada declaración, después de que la lea):

___ Le he dicho a mi recetador todas las otras medicinas que estoy tomando y mi historial médico, incluyendo mi previa experiencia con medicinas para el dolor u otras drogas. Durante mi tratamiento, me comunicaré totalmente con mi recetador acerca de la clase e intensidad del dolor, y como el dolor afecta mi vida diaria, y si la medicina me está ayudando a aliviarlo.

___ Tomaré mi medicina _____, como he sido instruido y no cambiaré la manera sin consultar con mi recetador u otros miembros del equipo de tratamiento. Comprendo que mi recetador puede cambiar esta medicina durante el curso del tratamiento.

___ No intentaré obtener medicina para el dolor de otros recetadores y comprendo que mi receta será dada solamente durante las programadas visitas con el equipo de tratamiento o durante las horas regulares de oficina. Si requiero cirugía o tratamiento de emergencia, y puedo comunicarme, le diré a los profesionales de cuidado de salud que me están atendiendo acerca de todas las medicinas que estoy tomando y, en mi próximo relleno de medicina, le diré a mi recetador acerca del uso de medicinas en estas circunstancias.

___ Yo acuerdo a no tomar drogas ilegales o alcohol cuando estoy usando estas medicinas.

___ Comprendo que no conduciré un vehículo u operaré maquinaria si la medicina causa mareo, somnolencia o sedación.

___ Usaré una farmacia única para obtener mis medicinas: _____

Nombre de la farmacia/Teléfono

___ Comprendo que puedo ser referido a otros cuidadores de salud profesionales para otra clase de tratamiento, como terapia física, ejercicio, técnicas de relajación, o asesoría psicológica, o por ciertas pruebas diagnósticas y mi recetador podrá hablar con otros profesionales de cuidado de salud acerca de mi plan de tratamiento. Ahora mi plan incluye: _____

___ Mantendré las medicinas aseguradas y fuera del alcance de otros, y desecharé las medicinas que no necesito en un buzón del Project Medicine Drop, o a través de otro programa semejante o en una bolsa especial para drogas.

___ No venderé estas medicinas o las compartiré con otros. Si mi medicina o receta se pierden o son robadas, comprendo que no habrá reemplazo.

___ Comprendo que tengo que someterme a pruebas aleatorias y a cuento de píldoras si mi recetador lo pide y que será verificado de que recibo substancias controladas de solamente un recetador y de una farmacia chequeando el sitio web del Prescription Monitoring Program.

___ Comprendo que si no cumplo con todos los términos de este acuerdo, mi recetador puede parar de recetarme las medicinas y tendré que encontrar otro recetador o cuidador de salud para mi futuro tratamiento médico.

Firma del paciente

Imprima el nombre del paciente

Firma del recetador

Imprima el nombre del recetador

Aviso: Algunos acuerdos incluyen los efectos secundarios que un paciente puede experimentar. Otras cláusulas pueden estar incluidas pero no son requeridas como:

___ Mantendré todas mis visitas incluyendo visitas de relleno. Si tengo problemas con mantener mis visitas, se lo diré a un miembro del equipo inmediatamente.

___ No llamaré entre visitas incluyendo visitas para relleno. Comprendo que las recetas se rellenarán solamente en las visitas programadas de la oficina con el equipo de tratamiento o durante las horas regulares de oficina.