

Acuerdo de manejo del dolor / opiáceos

El propósito de este Acuerdo es evitar malentendidos sobre ciertos medicamentos que tomará para controlar el dolor.

Este Acuerdo es para ayudarlo a usted y a su proveedor a cumplir con la ley sobre productos farmacéuticos controlados.

_____ Entiendo que existe un riesgo de dependencia y adicción psicológica y / o física asociada con el uso crónico de sustancias controladas.

_____ Entiendo que este Acuerdo es esencial para la confianza necesaria en una relación de proveedor / paciente y que mi proveedor se compromete a tratarme de acuerdo con este Acuerdo. _____ Entiendo que si rompo este Acuerdo, mi proveedor dejará de recetar estos medicamentos para el control del dolor.

_____ En este caso, mi proveedor reducirá el medicamento durante varios días, según sea necesario, para evitar los síntomas de abstinencia. Además, se puede recomendar un programa de tratamiento para la drogodependencia.

_____ También estaría dispuesto a buscar tratamiento psiquiátrico, psicoterapia y / o tratamiento psicológico si mi proveedor lo considera necesario.

_____ Me comunicaré completamente con mi proveedor sobre el carácter y la intensidad de mi dolor, el efecto del dolor en mi vida diaria y qué tan bien está ayudando el medicamento a aliviar el dolor.

_____ No usaré sustancias controladas ilegales, incluyendo marihuana, cocaína, etc., ni usaré indebidamente o me recetaré / medicaré con sustancias controladas legales. El consumo de alcohol se limitará a los momentos en que no conduzca ni opere maquinaria y será poco frecuente.

_____ No compartiré mi medicamento con nadie.

_____ No intentaré obtener medicamentos controlados, incluidos analgésicos opioides, estimulantes controlados o ansiolíticos de ningún otro proveedor.

_____ Protegeré mi analgésico de pérdida, robo o uso no intencional por parte de otros, incluidos los jóvenes. Los medicamentos perdidos o robados no serán reemplazados.

_____ Estoy de acuerdo en que las renovaciones de mis recetas de analgésicos se harán solo en el momento de una visita al consultorio o durante el horario habitual de atención. No habrá recargas disponibles durante las tardes ni los fines de semana. _____ Estoy de acuerdo en usar esta farmacia _____ ubicada en esta dirección _____ con el número de teléfono de _____ para surtir mis recetas de todos mis analgésicos. TODOS los recursos / programas de control de recetas médicas

_____ Autorizo al proveedor y a mi farmacia a cooperar plenamente con cualquier agencia de cumplimiento de la ley municipal, estatal o federal, incluida la Junta de Farmacia de este estado, en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta u otras desviaciones de mi medicamento para el dolor. Autorizo a mi proveedor a proporcionar una copia de este Acuerdo a mi farmacia, proveedor de

atención primaria y sala de emergencias local. Acepto renunciar a cualquier privilegio o derecho de privacidad o confidencialidad aplicable con respecto a estas autorizaciones.

_____ Estoy de acuerdo en que me someteré a un análisis de sangre u orina si lo solicita mi proveedor para determinar mi cumplimiento con mi programa de medicamentos para el control del dolor.

_____ Entiendo que mi proveedor verificará que estoy recibiendo sustancias controladas de un solo recetador y solo de una farmacia al consultar el sitio web del Programa de monitoreo de recetas periódicamente durante mi período de tratamiento.

_____ Estoy de acuerdo en que usaré mi medicamento a un ritmo no mayor que el prescrito y que el uso de mi medicamento a un ritmo mayor resultará en que no me tomaré el medicamento durante un período de tiempo.

_____ Llevaré analgésicos sin usar a cada visita al consultorio.

_____ Estoy de acuerdo en seguir estas pautas que se me han explicado completamente. Todas mis preguntas e inquietudes con respecto al tratamiento han sido respondidas adecuadamente. Se me ha entregado una copia de este documento. Este Acuerdo se celebra en la fecha

Firma del paciente: _____

Nombre del paciente (impreso): _____

Celda del paciente: _____ Pat.

Email: _____

Firma del proveedor: _____

Nombre del proveedor (impreso): _____

Testigo de: Firma: _____

Nombre impreso): _____

USUARIOS DE METADONA ÚNICAMENTE

Nombre de la clínica de metadona: _____

Número de teléfono _____

Nombre del trabajador social _____

Dosis de metadona _____ mg / día. Número de días _____