

Acuerdo de manejo de opioides

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Entiendo, acepto y estoy de acuerdo con los siguientes términos y condiciones para recibir atención para el tratamiento del dolor en la oficina de Manejo del Dolor de Holland Hospital (coloque sus iniciales al lado de cada declaración):

_____ Entiendo que mi proveedor y yo trabajaremos juntos para encontrar el tratamiento más adecuado para mi dolor crónico. Entiendo que los objetivos del tratamiento no son eliminar el dolor, sino aliviar parcialmente mi dolor para mejorar mi capacidad de funcionar. La terapia crónica con opioides puede ser solo una parte de mi plan general de manejo del dolor.

_____ Entiendo que mi proveedor y yo evaluaremos continuamente el efecto de los opioides en el logro de los objetivos del tratamiento y haremos los cambios necesarios. Acepto tomar el medicamento en la dosis y frecuencia recetadas por mi proveedor. Acepto no aumentar la dosis de opioides por mi cuenta y entiendo que hacerlo puede provocar daños graves y hacer que mi proveedor decida suspender el tratamiento con opioides.

_____ Entiendo que los efectos adversos comunes de la terapia con opioides incluyen estreñimiento, náuseas, sudoración, picazón en la piel, confusión u otros cambios en el estado mental o la capacidad de pensamiento, y problemas con la coordinación o el equilibrio. Me comprometo a abstenerme de conducir un vehículo motorizado o de manejar maquinaria peligrosa hasta que desaparezca dicha somnolencia.

_____ No buscaré medicamentos opioides de otro médico para el tratamiento de mi dolor. Se requiere atención de seguimiento regular y solo mi proveedor recetará estos medicamentos para mi dolor crónico en nuestras citas programadas.

_____ Asistiré a todas las citas, tratamientos y consultas según lo solicite mi proveedor y seguiré las recomendaciones de manejo del dolor.

_____ No daré ni venderé mis medicamentos a nadie más, incluidos los miembros de mi familia, ni aceptaré ningún medicamento opioide de nadie más. Acepto ser responsable del almacenamiento seguro de mis medicamentos en todo momento. Si me roban mis medicamentos, entiendo que no se proporcionarán nuevos medicamentos hasta que se realice la renovación ya programada.

_____ Entiendo que si mi receta se agota antes de tiempo por cualquier motivo (por ejemplo, si pierdo el medicamento o tomo más de lo recetado), mi proveedor no recetará una renovación anticipada.

_____ Entiendo que usar o intentar usar una receta falsificada o falsificada resultará en la expulsión inmediata de la práctica y la notificación a las agencias de aplicación de la ley correspondientes.

_____ Entiendo que el uso de otros medicamentos junto con los opiáceos puede causar efectos adversos (incluyendo daños físicos graves e incluso la muerte) o interferir con la terapia con opioides. Por lo tanto, acepto notificar a mi proveedor sobre el uso de todas las sustancias, incluida la marihuana, el alcohol, los medicamentos no recetados para mí y todas las drogas ilícitas. De lo contrario, se suspenderán las recetas de opioides.

_____ Entiendo que puedo volverme físicamente dependiente de los medicamentos opioides, lo que en ciertos pacientes puede conducir a la adicción. Estoy de acuerdo en que, si es necesario, permitiré la derivación a especialistas en adicciones como condición de mi plan de tratamiento.

PAIN MANAGEMENT

_____ Entiendo que mi proveedor no me proporcionará resurtidos por teléfono, por la noche o los fines de semana. No llamaré al número de emergencia fuera del horario de atención para buscar medicamentos. Entiendo que es mi responsabilidad llamar a mi médico al menos cinco días hábiles antes de quedarse sin medicamentos si hay un problema. Esto también significa que llamaré a la farmacia para asegurarme de que las recetas que se deben reabastecer estén disponibles antes de la fecha de reposición, especialmente las recetas que se deben reabastecer durante el fin de semana. Entiendo que no puedo llamar fuera del horario de atención o los fines de semana sobre medicamentos que, por las razones que sean, no están en la farmacia. *Además, soy responsable de asegurarme de tener una cita de seguimiento adecuada para recibir mis reabastecimientos. Entiendo que, si faltó a mi cita de seguimiento, no se proporcionarán más renovaciones de medicamentos hasta que me vean en el seguimiento. Entiendo que no hacerlo puede resultar en que me quede sin medicamentos durante un período de tiempo significativo, lo que puede resultar en dolor no tratado e incluso síntomas de abstinencia.*

_____ Estoy de acuerdo con las pruebas periódicas de detección de drogas no programadas. Entiendo que es posible que me pidan que proporcione una muestra de orina en cualquier momento durante mi tratamiento mientras recibo opiáceos. El hecho de que no proporcione una muestra dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud resultará en la interrupción de las recetas de opiáceos. Entiendo que, si una prueba de detección de drogas da positivo para sustancias ilegales, sustancias no divulgadas a mi proveedor o negativo para medicamentos recetados, seré dado de alta de la clínica de inmediato. También entiendo que no habrá discusiones, debates ni oportunidades para volver a tomar muestras si la prueba de detección de drogas es positiva.

_____ Entiendo que mi incumplimiento de cualquiera de los requisitos de este acuerdo puede resultar en que mi proveedor decida dejar de recetarme. En este caso, mi médico puede optar por reducir mis medicamentos durante un período de varios días, según sea necesario, para evitar los síntomas de abstinencia. Si se considera que esta no es una opción viable, entiendo que puedo ser dado de alta y se me puede proporcionar un suministro de medicamentos para 30 días para usar mientras encuentro un nuevo médico que me brinde atención médica. Entiendo que la retirada de los medicamentos será coordinada por mi proveedor y puede requerir referencias a especialistas. Entiendo que también puede haber casos en los que mi proveedor decida no proporcionar más recetas de opiáceos (esto será particularmente cierto si las pruebas de detección de drogas son negativas para los opiáceos recetados o si hay sustancias ilegales en mi prueba de detección de drogas que pueden hacer que mi proveedor se preocupe por proporcionar más recetas).

_____ Por la presente, acepto que mi proveedor tiene la autoridad para discutir mi manejo del dolor con otros profesionales de la salud y mis familiares cuando se considere médicamente necesario a juicio del proveedor.

_____ Mi proveedor puede obtener información de las bases de datos de sustancias controladas por el estado y otros programas de monitoreo de recetas. Autorizo a mis proveedores y a mi farmacia a cooperar plenamente con cualquier agencia de aplicación de la ley de la ciudad, estatal o federal, incluida la Junta de Farmacia de este estado, en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta o otro desvío de mi analgésico. Acepto renunciar a cualquier privilegio o derecho de privacidad o confidencialidad aplicable con respecto a estas autorizaciones.

_____ Que yo sepa, no estoy embarazada en este momento. Entiendo que los opioides se consideran peligrosos para el feto. Haré todo lo posible para evitar quedar embarazada mientras tomo estos medicamentos, a menos que mi proveedor apruebe lo contrario.

Firma del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si está firmada por alguien que no sea el paciente) _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____