

Stacy Medical Center / Alameda Industrial Medical Group
Manejo del Dolor - Contrato de opiáceos: Page 1 of 2

Usted ha accedido a recibir opioides (narcóticos) medicamentos para el tratamiento del dolor agudo / subagudo / crónico. Estos medicamentos se prescriben para disminuir su dolor y / o aumentar su capacidad para funcionar. Los medicamentos opioides son sólo una parte de la atención médica que puede ser necesaria para lograr esto. Otros tratamientos, como medicamentos no opioides, el ejercicio y la terapia física, asesoramiento psicológico u otras terapias o tratamientos también pueden ser prescritos.

Por favor, lea atentamente este contrato. Si no entiende alguna de la información que figura a continuación, o si necesita aclaraciones adicionales sobre las políticas de esta oficina con respecto a la prescripción de medicamentos opioides, por favor pregunte. Se le pedirá que firme este contrato antes de recibir los medicamentos opioides.

Yo, _____ entiendo que la adhesión a la siguiente es importante para continuar recibiendo los medicamentos opioides recetados por: S. Florman, MD / R. Ojima, MD / R. Tanzer, MD / S. Blaser PA / C. Davis PA

-
1. Entiendo que lo haré
 - a. Tome los medicamentos sólo cuando son recetados por este médico. Esto incluye la dosis prescrita y la frecuencia.
 - b. No aumentar o cambiar los medicamentos sin la aprobación de este médico
 - c. No solicitar o intentar obtener los opioides u otros medicamentos de cualquier otro médico a menos que específicamente por este médico.
 - d. Recomendar este médico de todos los medicamentos que estoy tomando
 - e. Sólo obtener mis medicamentos de una farmacia. Si tengo que cambiar u obtener medicamentos de una farmacia diferente, voy a decirle a este médico de inmediato.
 - f. Salvaguardar y proteger mis recetas y medicamentos. Entiendo que estos no serán reemplazados en caso de pérdida, dejado atrás, o destruido. Si la medicación es robado voy a completar un informe comprensión policía que sólo una receta robada puede ser reemplazado en un año.
 - g. Puedo mostrar un comportamiento agresivo hacia mi médico o cualquier miembro del personal de la clínica.
 - h. Se ajusten a la siguiente si tengo un problema de adicción.
 - i. No voy a usar drogas ilegales o de la calle, el alcohol u otros medicamentos que fueron obtenidos ilegalmente o que se han diseñado para su uso por alguien que no sea yo.
 - ii. Voy a seguir el consejo de este médico e introduzca un programa de adicción, tales como:
 1. Programa de 12 pasos y asegurar un patrocinador.
 2. Asesoramiento individual.
 3. Pacientes hospitalizados o tratamiento ambulatorio.
 4. Otros: _____
 2. Entiendo que en caso de una emergencia, este médico debe ser contactado y el problema será discutido con la sala de emergencia u otro médico tratante. No más de tres días de medicamentos que pueden ser prescritos por la sala de emergencia u otro médico sin la aprobación de este médico.
 3. Entiendo que voy a dar su consentimiento para la detección de drogas al azar. Una prueba de drogas es una prueba de laboratorio en la que se analiza una muestra de orina o de sangre para ver qué medicamentos He estado tomando.
 4. Entiendo que este médico puede dejar de recetar medicamentos opioides o cambiar el plan de tratamiento si:
 - a. Yo comercio, vender o mal uso de la medicación.
 - b. La clínica encuentra que he roto alguna parte de este acuerdo.
 - c. Yo no voy por un análisis de sangre o de orina cuando se le preguntó.
 - d. Mi sangre o de orina muestra la presencia de medicamentos que el personal no tiene conocimiento de la presencia de drogas ilegales, o no muestra los medicamentos que estoy recibiendo una receta para.
 - e. Consigo medicamentos opioides de fuentes distintas a este médico.
 - f. Cualquier miembro del personal profesional de la clínica considera que es en mi mejor interés que los medicamentos opioides se detienen.
 - g. Puedo mostrar un comportamiento agresivo hacia mi médico o cualquier miembro del personal de la clínica.
 - h. Siempre me olvido de citas.

Patient Signature

Date

Physician Signature

Date

RIESGOS DE SEGURIDAD MIENTRAS TRABAJAN BAJO LA INFLUENCIA DE MEDICAMENTOS OPIOIDES:

Hay posibles efectos adversos de los medicamentos opioides que son potencialmente peligrosos. Estos incluyen el tiempo de reacción retardada, deterioro del juicio, somnolencia, y rara vez, la adicción física. Cualquiera de estos puede afectar su capacidad para conducir o manejar maquinaria pesada. Estos efectos adversos tienden a disminuir con el tiempo.

EFFECTOS ADVERSOS DE LAS MEDICAMENTOS OPIOIDES:

Estos efectos adversos pueden empeorar al mezclar medicamentos opiáceos con otros medicamentos, incluyendo el alcohol!

- Sentimientos de ansiedad
- Confusión
- Mareos o sueño
- Alteración del juicio
- Respiración lenta o difícil
- Estreñimiento
- Náuseas
- Vómitos
- Frecuencia cardiaca lenta
- El exceso de sudoración
- Dificultad para orinar
- La dependencia física o psicológica

RIESGOS

- Dependencia física. Esto significa que la interrupción brusca del medicamento puede provocar síntomas de abstinencia que pueden incluir:
 - Goteo nasal
 - La diarrea
 - Sudoración
 - Frecuencia cardíaca rápida
 - Dificultad para dormir por varios días
 - Calambres abdominales
 - Shakes y escalofríos
 - Nerviosismo

RECOMENDACIONES PARA ADMINISTRAR SUS MEDICAMENTOS:

- Lleve un diario de los medicamentos para el dolor que está tomando, la dosis, la hora del día que usted está tomando, su eficacia y los efectos adversos que pueda tener.
- El uso de un cuadro recordatorio "píldora", que está disponible en la farmacia puede hacer que sea más fácil de recordar cuándo tomar sus medicamentos.
- Guarde los medicamentos en un lugar seguro, lejos de la luz y la humedad. Esto ayuda a asegurar que el medicamento conserva su eficacia. Esto también ayuda a salvaguardar sus medicamentos y reducir al mínimo la posibilidad de que de que sean robados.

He leído el contrato de gestión del dolor y, sin duda, entiendo toda la información y responsabilidades contenidas en el presente contrato. Con la firma de este contrato afirmo que he leído, entiendo y acepto todos los términos de este contrato.

Patient Signature: _____ Date: _____

Clinic Witness: _____ Date: _____