

Acuerdo de administración de medicamentos: opioides

Proveedor que receta: _____ Establecimiento: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de registro médico: _____

Nombre del padre, madre o tutor legal (si el paciente es menor de 18 años): _____

Los términos “yo”, “mi” y “usted” en este documento hacen referencia al paciente. En los casos en que el paciente es menor de 18 años o un adulto para quien el tutor firma el acuerdo, los términos “yo”, “mi” y “usted” se refieren al paciente y su padre, madre o tutor.

En este documento se enumeran los compromisos que usted debe asumir antes de comenzar un tratamiento con medicamentos opioides.

Opciones para el control del dolor

1. Entiendo que hay otros tratamientos para el dolor que no incluyen la administración de medicamentos opioides, según se describe en el folleto informativo *Managing Chronic Pain (Control del dolor crónico)*. Acepto seguir las recomendaciones de mi proveedor que receta para explorar otras opciones de tratamiento.



2. Entiendo que este medicamento se recomienda porque mi dolor es intenso y otros tratamientos no han aliviado suficiente mi dolor.
3. Entiendo que el medicamento opioide no tiene como objeto eliminar el dolor por completo. El propósito del medicamento es ayudar a reducir mi dolor y facilitar el funcionamiento.

Riesgos y efectos secundarios

1. Entiendo que existen muchos riesgos y efectos secundarios con el uso de medicamentos opioides. He leído el folleto informativo *Opioid Medicine for Chronic Pain (Medicamentos opioides para el dolor crónico)* y he considerado los materiales educativos relacionados compartidos por mi proveedor.
 - Junto con mi proveedor que receta, hemos analizado en detalle los riesgos y los beneficios de tomar opioides.
 - He decidido que los posibles beneficios de tomar medicamentos opioides superan los riesgos. Si en algún momento considero que los efectos secundarios superan los beneficios, o el medicamento no está controlando mi dolor suficientemente, conversaré sobre esto con mi proveedor.
2. Sé que los opioides presentan un riesgo si se toman solos y pueden ser más peligrosos si se combinan con otros medicamentos.
 - Informaré a mis proveedores que recetan acerca de todos los medicamentos recetados, parches y medicamentos sin receta que uso ahora o pueda usar en el futuro.
 - Informaré a mi proveedor que receta si tomo alcohol, fumo o consumo drogas callejeras.



3. Entiendo que el riesgo de los efectos secundarios de los opioides, incluidas la depresión respiratoria (dificultad para respirar) y la muerte, aumentan en gran medida cuando la dosis se ajusta o cuando se cambia de un opioide a otro.
4. Informaré a mi proveedor que receta si uso productos de cannabis (marihuana) o cannabinoide (CBD, por sus siglas en inglés). Entiendo que mi proveedor que receta puede dejar de recetarme medicamentos opioides si estoy usando cannabis o CBD.

Prevenir el uso incorrecto

1. Entiendo que existe la posibilidad de que se abuse de los medicamentos opioides, por lo que puede ser necesaria la observación estricta. Si se me pide, haré lo siguiente:
 - Llevaré mi medicamento opioide a cada visita.
 - Me someteré a los recuentos de píldoras al azar y las pruebas de detección de drogas (orina, saliva o sangre).
 - Acudiré a todas las citas con mi proveedor que receta.
2. Entiendo que mis medicamentos opioides podrían ser usados incorrectamente por otras personas y serían muy peligrosos para ellos. Por este motivo, debo poder justificar todos mis medicamentos opioides.
 - Acepto guardar mi medicamento opioide en una ubicación segura, por ejemplo, una caja de seguridad. Si no guardo mi medicamento opioide de manera segura, mi proveedor puede dejar de recetarlo.
 - No venderé, no compartiré, ni permitiré de ningún otro modo que otras personas tengan acceso a los medicamentos opioides que me fueron recetados.

Tomar los opioides según las indicaciones

1. Entiendo que aumentar mi dosis o alterar mi medicamento podría provocar diversos efectos peligrosos, entre ellos, pero no limitado a ellos, depresión respiratoria, sedación fuerte (pérdida del conocimiento) y la muerte.
 - Tomaré mi medicamento según las indicaciones y seguiré todas las instrucciones que me dio mi proveedor que receta los medicamentos.
 - Nunca aumentaré mi dosis de opioides sin obtener antes el permiso de mi proveedor que receta.
 - Nunca trituraré, mascaré ni alteraré mi medicamento de ninguna manera, salvo que así lo indique mi proveedor que receta.

2. Acepto nunca consumir alcohol o drogas ilícitas mientras tomo un medicamento opioide.
3. Entiendo que los medicamentos opioides podrían limitar mi capacidad para conducir u operar maquinaria.
 - Entiendo que esta limitación puede persistir durante el tiempo que tome estos medicamentos. El paso del tiempo no necesariamente disminuye el riesgo.
 - Entiendo que otros medicamentos recetados también pueden limitar mi juicio, tiempo de reacción y capacidad para conducir. Esto incluye, entre otras cosas, las benzodiazepinas, los relajantes musculares, las píldoras para dormir y algunos medicamentos sin receta. Esta limitación puede volverse aún más severa junto con el consumo de opioides.

Reabastecer su receta

1. Entiendo que los médicos de turno (los que están disponibles por las noches y durante los fines de semana) por lo general no recetan opioides. Entiendo que si me quedo sin opioides antes de lo previsto, puedo tener síntomas de abstinencia.
2. Acepto nunca obtener opioides de fuentes no médicas (familia, amigos u otros).
3. Entiendo que por mi seguridad es recomendado que obtenga mis medicamentos en una sola farmacia. Mi proveedor que receta puede hacer de esto un requisito como parte de mi tratamiento.

4. En el evento que tenga que ser hospitalizado, solo tomaré opioides bajo las instrucciones del médico del hospital hasta que pueda hacer un seguimiento con mi proveedor que receta. Informaré a ambos proveedores de todos los medicamentos que estoy tomando por mi propia seguridad.

Terminar con las recetas de opioides

1. Entiendo que pueden surgir ciertas situaciones que llevarían a mi proveedor que receta a decidir no recetar más medicamentos opioides. Entre los ejemplos se incluyen los siguientes:
 - Si un cambio en mi situación médica hace que los opioides sean aún más riesgosos.
 - Si el medicamento opioide no está controlando mi dolor o mejorando la función lo suficientemente bien.
 - Si llegase a abusar o usar mi medicamento de manera incorrecta, o a permitir que otros tengan acceso a él.
 - Si muestro señales y síntomas de adicción. (Nota: la presencia de adicción no descarta en absoluto la posibilidad de usar medicamentos opioides en algunos casos).
 - Si no sigo el plan de tratamiento recomendado, incluso lo descrito en este acuerdo.

Mediante mi firma a continuación, afirmo que conozco los posibles riesgos y beneficios de los opioides y de otros tratamientos que no incluyen el uso de opioides. He leído este formulario o me lo han leído. También he leído el folleto informativo Opioid Medicine for Chronic Pain (Medicamentos opioides para el dolor crónico), y he revisado otros materiales educativos compartidos por mi proveedor que receta. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas fueron respondidas de manera comprensible. Me han informado, y entiendo con claridad, los problemas mencionados más arriba en relación con el tratamiento del dolor con medicamentos opioides.

Entiendo y acepto todos estos términos. Doy mi consentimiento para el tratamiento del dolor con medicamentos opioides.

Paciente o representante del paciente (obligatorio): _____ Fecha: _____

Paciente maduro menor *: _____ Fecha: _____

(*Los pacientes de entre 12 y 17 años deben firmar además del padre, madre o tutor).

Intermountain Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se ofrecen servicios de interpretación gratuitos. Hable con un empleado para solicitarlo.

