

Acuerdo de administración de medicamentos: tratamiento con opioides en el consultorio

Proveedor que receta: _____ Centro: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de RM: _____

Nombre del padre o madre/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 un tutor firma el acuerdo, los términos “yo”, “mi” y “usted” hacen referencia al paciente y a sus padres o tutor.

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

Riesgos y efectos secundarios

1. He recibido y leído el folleto informativo *Buprenorphine for Opioid Use Disorder* (Buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides) o he considerado las herramientas educativas relacionadas compartidas por mi proveedor que receta.
 - He tenido un análisis detallado con mi proveedor que receta sobre los riesgos y beneficios del medicamento buprenorfina que me recetaron.
 - Si en algún momento considero que los efectos secundarios superan los beneficios o que el medicamento no controla mis síntomas adecuadamente, hablaré con mi proveedor.
2. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas fueron respondidas de manera comprensible.
3. Entiendo que algunos medicamentos tienen riesgos (aun cuando se toman solos) y que algunos medicamentos pueden ser más peligrosos cuando se toman con otros medicamentos. Les informaré a todos mis proveedores de atención médica acerca de todos los medicamentos recetados y medicamentos y suplementos que estoy tomando o pueda tomar en el futuro.



Reabastecer su receta

1. Entiendo y seguiré todas las instrucciones de mi proveedor que receta sobre este medicamento (incluidas las instrucciones sobre las recargas).
2. Entiendo que esta receta solo se dará en mi visita regular al consultorio. Entiendo que si no acudo a una visita, no podré obtener la receta hasta mi siguiente visita al consultorio.
3. Estoy conciente que el tratamiento con este medicamento requiere una observación estricta, incluida la creación de un plan de tratamiento. Programaré todas las citas que mis proveedores de atención médica me pidan que programe y acudiré a esas citas. Asistiré y participaré plenamente en cualquier evaluación, terapia grupal o individual y programas de apoyo social según lo recomendado por mis proveedores de atención médica en mi plan de tratamiento.

Prevenir el uso incorrecto

1. Tomaré la buprenorfina solo como me lo indicó el proveedor que receta. No alteraré el medicamento de ninguna manera.
2. Entiendo que tomar buprenorfina junto con benzodicepinas, otros opioides, barbitúricos o depresores del sistema nervioso central (CNS, por sus siglas en inglés) es peligroso y reconozco el riesgo de sobredosis accidental cuando estos medicamentos se combinan. Informaré a mi proveedor sobre todos los medicamentos que me han recetado.
3. He hablado con mi proveedor sobre los peligros de consumir alcohol, marihuana o drogas ilegales mientras recibo tratamiento con este medicamento y acepto informar cualquier uso de estas sustancias al proveedor mientras me encuentre bajo sus cuidados.
4. No conduciré ni operaré equipos peligrosos mientras esté bajo la influencia de sustancias controladas que puedan reducir mi coordinación o juicio. Cada vez que mi medicamento me haga sentir afectado de alguna manera (incluso si me siento cansado, mareado, aturdido o inestable), me abstendré de tomar medidas que puedan ponerme en peligro a mí o al público.
5. Soy responsable del medicamento extraviado o robado. Guardaré mis medicamentos de manera segura. Entiendo que mi proveedor puede no reponer los medicamentos robados o extraviados.
6. Entiendo que es posible que me pidan que lleve los medicamentos a mi próxima visita al consultorio para un recuento de las pastillas.
7. No venderé, no compartiré ni comercializaré mi medicamento. Entiendo que este uso incorrecto de mi medicamento es una violación grave de este acuerdo y puede provocar la interrupción de mi tratamiento.
8. Acepto participar en pruebas de orina, fluidos orales o de sangre siempre que mi proveedor de atención médica me pida que lo haga. Entiendo que es posible que me pidan que me presente para una prueba al azar en el lapso de 24 horas y que se supone que si no acudo el resultado es positivo.

(continúa en la página 2)

9. Entiendo que me pueden pedir que designe una farmacia y que debemos tener un intercambio de información para poder comunicarme con dicha farmacia.
10. Acepto desechar el medicamento sin usar y para ello desecharé los sobrantes en un centro de recolección para drogas local. Busque un centro de recolección para drogas gratis en <http://useonlyasdirected.org/throw-out/>.
11. Mi proveedor puede decidir dejar de brindarme tratamiento con este medicamento si ya no es un método de tratamiento eficaz para mí o si no sigo todas las partes de mi plan de tratamiento, incluidas las descritas 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 Buprenorphine for Opioid Use Disorder (Buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides) y he revisado otros materiales educativos que me indicó 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 de mi 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 proveen servicios de interpretación gratis. Hable con un empleado para solicitarlo.