



## THỎA THUẬN VỀ THUỐC GIẢM ĐAU OPIOID

Hãy dán nhãn dính ghi tên hoặc đóng dấu bằng thẻ

Để giúp kiểm soát tốt hơn tình trạng đau kinh niên của tôi và nhằm giúp tôi đạt được các mục tiêu mà mình đặt ra (*xin xem phần các mục tiêu về việc kiểm soát tình trạng đau đớn*), tôi sẽ được kê toa thuốc giảm đau opioid. Để sử dụng loại thuốc này an toàn và tuân theo các điều luật của toàn quốc và tiểu bang, tôi \_\_\_\_\_ hiểu rằng:

(*tên của bệnh nhân*)

- \_\_\_ Loại thuốc này có thể không làm tôi hết đau hẳn.
- \_\_\_ Tôi cần tuân theo các chỉ dẫn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Tôi sẽ không dùng thuốc nhiều hơn mức đã được chỉ dẫn.
- \_\_\_ Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi đã cho tôi biết rõ các phản ứng phụ của loại thuốc này. Tất cả các câu hỏi của tôi về loại thuốc này đã được giải đáp.
- \_\_\_ Tôi sẽ gọi cho phòng mạch của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình nếu gặp phải các phản ứng phụ này sau khi bắt đầu dùng thuốc.
- \_\_\_ Loại thuốc này có thể khiến tôi buồn ngủ. Việc lái xe hoặc vận hành máy móc trong khi dùng loại thuốc này có thể gây nguy hiểm.
- \_\_\_ Uống rượu hoặc dùng ma túy trong lúc dùng thuốc này có thể gây nguy hiểm.
- \_\_\_ Cơ thể của tôi có thể quen với loại thuốc này và tôi có thể bị sinh bệnh nếu ngưng dùng thuốc một cách đột ngột.
- \_\_\_ Một số người đã trở nên nghiện các loại thuốc này. Nếu thấy rằng điều này đang xảy ra cho tôi, tôi sẽ bàn với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.

Chữ Ký của Bệnh Nhân \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Tôi \_\_\_\_\_ đồng ý: \_\_\_\_\_  
(*tên của bệnh nhân*)

- Chỉ lấy thuốc giảm đau từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có ký tên dưới đây hoặc nhóm y khoa của ông ta/bà ta và thông báo ngay cho nhà cung cấp dịch vụ của mình biết nếu tôi có được bất kỳ loại thuốc giảm đau nào từ một phòng cấp cứu.
- Chỉ lấy thuốc giảm đau trong giờ làm việc bình thường của phòng mạch và không gọi điện để lấy thuốc giảm đau sau giờ làm việc của phòng mạch.
- Chỉ mua thuốc của mình tại một tiệm thuốc mà thôi, đó là \_\_\_\_\_.
- Cung cấp mẫu nước tiểu và mang các viên thuốc giảm đau đến để được kiểm kê bất kỳ khi nào được yêu cầu.
- Không dùng các loại thuốc ma túy bất hợp pháp cùng với thuốc này.
- Không bán hoặc cho người khác dùng thuốc này.
- Giữ gìn thuốc cẩn thận. Tôi hiểu rằng nếu đánh mất hoặc bị mất cắp, tôi sẽ không được cho lại thuốc khác.
- Cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình trao đổi thông tin với những người có thể cần biết về việc dùng thuốc của tôi nếu ông ta/bà ta nghĩ rằng việc đó là cần thiết cho sức khỏe và sự an toàn của tôi.
- Giữ đúng tất cả các buổi hẹn đến gặp bác sĩ như đã được đề nghị để điều trị cơn đau.
- Rằng tôi có thể phải ngưng dùng thuốc vào bất cứ lúc nào sau khi đã thảo luận với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.

Chữ Ký của Bệnh Nhân \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_



UMassMemorial

## THỎA THUẬN VỀ THUỐC GIẢM ĐAU OPIOID

Hãy dán nhãn dính ghi tên hoặc đóng dấu bằng thẻ

Tôi \_\_\_\_\_ đồng ý: \_\_\_\_\_  
(tên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe)

- Giải thích về tình trạng đau của quý vị và công dụng có thể biết trước của thuốc opioid.
- Giải thích về các rủi ro, phản ứng phụ và những lựa chọn thay thế khác đối với việc điều trị bằng thuốc opioid.
- Giám sát mức độ cơn đau của quý vị tại mỗi buổi khám để giúp bảo đảm kiểm soát tốt cơn đau và giúp quý vị đạt được các mục tiêu của mình (*xin xem tờ ghi mục tiêu*).
- Tiếp tục thay đổi kế hoạch kiểm soát cơn đau khi cần để kiểm soát cơn đau hiệu quả.
- Đưa một chuyên gia làm giảm đau và/hoặc các bác sĩ chuyên khoa khác (*ví dụ như Sức Khỏe Hành Vi, Vật Lý Trị Liệu, Trị Liệu Bằng Phương Pháp Xoa Bóp, Châm Cứu và Nắn Chỉnh Khớp Xương*) tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị, khi cần để đạt các mục tiêu của quý vị.
- Giữ an toàn cho quý vị, với khả năng tốt nhất của tôi, trong khi quý vị dùng thuốc opioid. Tôi sẽ trợ giúp nếu quý vị trở nên nghiện thuốc.

Chữ Ký của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_