

*Coloque adesivo com nome ou carimbo com
cartão*

ACORDO SOBRE MEDICAÇÃO OPIÓIDE PARA DOR

A fim de ajudar a melhor controlar a minha dor contínua, e para me ajudar a atingir as metas que estabeleci (veja *metas para dor*), recebi uma receita médica para medicação de opióides para dor. Para fazer com que essa medicação seja segura e obedecer às leis estaduais e federais, eu _____ entendendo que:

(nome do(a) paciente)

- Esta medicação pode não eliminar totalmente a minha dor.
- Devo seguir as instruções que recebi de meu (minha) provedor(a) de saúde. Não vou tomar mais do que me disseram para tomar.
- Esta medicação tem efeitos colaterais e eles me foram comunicados pelo(a) meu (minha) provedor(a) de saúde. Todas as minhas dúvidas sobre essa medicação foram esclarecidas.
- Entrarei em contato com o consultório do meu (minha) provedor(a) de saúde caso eu tenha algum efeito colateral após iniciar minha medicação.
- Esta medicação pode me deixar sonolento(a). Dirigir ou operar máquinas ao tomar esta medicação pode ser perigoso.
- Tomar bebidas alcoólicas ou consumir drogas junto com esta medicação é perigoso.
- Meu organismo pode se acostumar com esta medicação e se eu parar de tomá-la muito rapidamente posso ficar doente.
- Algumas pessoas ficaram viciadas nessa medicação. Se eu achar que isto está acontecendo comigo devo conversar com meu (minha) provedor(a) de saúde.

Assinatura do(a) Paciente _____ **Data** _____

Eu _____ concordo em: _____
(nome do(a) paciente)

- Obter medicação para dor somente através do(a) provedor(a) de saúde abaixo assinado ou de sua equipe médica, e notificar imediatamente meu (minha) provedor(a) se eu receber qualquer medicação de algum departamento de emergência.
- Somente obter minha medicação durante os horários normais de funcionamento do consultório e não contatar o consultório após o horário normal para pedir medicação para dor.
- Pedir o refil das minhas medicações somente em uma farmácia que é _____.
- Fornecer amostras de urina e trazer minhas pílulas para que sejam contadas sempre que me pedirem.
- Não usar drogas ilegais junto com esta medicação.
- Não vender ou dar a outras pessoas a minha medicação.
- Manter minha medicação em lugar seguro. Se ela for roubada ou perdida entendo que ela talvez não seja reposta.
- Permitir a meu (minha) provedor(a) de saúde trocar informações com pessoas que talvez precisem saber sobre minhas medicações caso achem que isso é necessário para minha saúde e segurança.
- Não faltar a nenhuma das minhas consultas médicas recomendadas para tratar a minha dor.
- Que a minha medicação pode ser suspensa a qualquer momento após uma conversa com meu (minha) provedor(a) de saúde.

Assinatura do(a) Paciente _____ **Data** _____

Eu _____ concordo em: _____
(nome do provedor(a) de saúde)

- Explicar a sua condição de dor e como as medicações de opióides podem lhe ajudar.
- Explicar os riscos, efeitos colaterais e alternativas ao tratamento com opióides.
- Monitorar seus níveis de dor à cada consulta para ajudar a assegurar um bom controle da dor e ajudar a atingir as suas metas (*veja folha de metas*).
- Continuar a mudar o plano para controle da dor conforme necessário para se obter um bom controle de dor.
- Incluir em seu tratamento um(a) especialista em dor, e/ou outros especialistas de atendimento médico (*tais como Saúde Comportamental, Fisioterapia, Terapia de Massagens, Acupuntura e Manipulação Osteopática*), de acordo com as necessidades para atingir as suas metas.
- Mantê-lo(a) seguro(a), de acordo com o melhor de minha capacidade, enquanto você estiver tomando medicações opióides. Se você ficar viciado(a) eu vou lhe providenciar ajuda.

Assinatura do(a) Provedor(a) de Saúde _____ Data _____