

HIM 1408s

**PROGRAMA DE ATENCIÓN PALIATIVA: ACUERDO ENTRE EL PACIENTE Y EL PROVEEDOR PARA
MEDICAMENTOS OPIOIDES**

PALLIATIVE CARE PROGRAM: PATIENT-PROVIDER AGREEMENT FOR OPIOID MEDICINES

Proveedor de atención de la salud: _____

Fecha: _____

Paciente: _____

Fecha de nac.: _____

Los proveedores de atención paliativa ayudan a los pacientes con enfermedades graves a controlar los síntomas de su enfermedad o tratamiento. Nuestros proveedores completan una evaluación detallada del dolor y analizan maneras efectivas para controlar su dolor. Su proveedor ha decidido que usted es candidato para recibir medicamentos opioides por los **beneficios** potenciales para disminuir el dolor o mejorar su funcionamiento diario. Sin embargo, hay varios **riesgos** que pueden limitar o finalizar la prescripción de opioides.

Objetivo: el objetivo de este acuerdo es ayudar a que los pacientes y los proveedores trabajen juntos para aumentar los beneficios y reducir los riesgos de los medicamentos opioides.

Riesgos: es importante comprender los riesgos de tomar opioides. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

Efectos secundarios comunes	Efectos de tomar demasiado medicamento	Otros riesgos
<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento • Fatiga (sensación de cansancio) • Náusea/Vómitos • Picazón o sarpullido • Confusión 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión respiratoria (la respiración se vuelve lenta o se detiene) • Pérdida de la consciencia (desmayos o pérdida del conocimiento) • Muerte repentina 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para conducir un auto • Posibilidad de abuso o adicción • Otros pueden robar o usar sus medicamentos • Síntomas de abstinencia cuando deja de tomar el medicamento • Mayor riesgo de muerte con apnea del sueño o cuando se mezcla con alcohol u otros medicamentos

Tenga en cuenta:

- Su proveedor puede limitar o discontinuar medicamentos opioides si decide que hay más riesgos que beneficios por su uso continuo.
- La solicitud de renovación de recetas antes de tiempo puede ser una señal de aumento de los riesgos por el uso de estos medicamentos. Su proveedor puede negarse a renovar antes de tiempo o puede pedirle que regrese a la clínica para un chequeo.
- Los medicamentos o recetas robadas, pérdidas o traspapeladas no pueden ser reemplazados y puede resultar en que se discontinúe la terapia de opioides.
- Su proveedor puede solicitarle que lleve sus medicamentos opioides a su cita a la clínica para ayudarle a controlar su uso del medicamento.

Compromiso del paciente – Usted está de acuerdo en:

1. Solo recibir medicamentos opioides del equipo de atención con el que tiene este acuerdo.
2. Tomar los medicamentos opioides recetados según se lo indican. No cambiar la dosis o tomar el medicamento con mayor frecuencia que lo indicado sin comunicarlo a algún miembro de su equipo de atención.
3. Informar de cualquier efecto secundario o riesgos que puedan estar relacionados con los medicamentos opioides, y cualquier cambio en sus otros medicamentos.
4. Entregar muestras de orina para pruebas de drogas si se lo solicita su proveedor.
5. Mantener sus medicamentos opioides en un lugar seguro tal como una caja de seguridad.
6. Firmar una autorización para la divulgación de su expediente médico y de salud mental a su equipo de atención.
7. Identificar a otra persona que pueda ayudar a supervisar los beneficios y riesgos del uso continuo de medicamentos opioides. Su proveedor tiene permiso de hablar de su uso de medicamentos opioides con [ESCRIBA EL NOMBRE / NÚM. DE CONTACTO _____].
8. Asistir a las citas con sus proveedores de atención de la salud.

Compromiso del proveedor – Acordamos:

1. Evaluar los beneficios y riesgos de continuar con la terapia de opioides y proporcionarle un plan de atención personalizado.
2. Estar disponibles entre una y otra cita programada (lunes-viernes 8-5 p. m.) para preguntas sobre sus síntomas o medicamentos.

Mi firma en este acuerdo entre el paciente y el proveedor demuestra que hemos revisado el acuerdo en su totalidad y que estamos de acuerdo con los términos antes mencionados.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____ Hora: _____

