

Acuerdo del paciente
acerca del uso
de un medicamento opiáceo contra el dolor
en un caso de dolor crónico

Este es un acuerdo entre _____ (el paciente) y
Dr. _____ (el doctor) concerniente al uso de analgésicos opiáceos
(calmantes narcóticos de dolor) para el tratamiento de un problema de dolor crónico. El medicamento
probablemente no eliminará completamente mi dolor, pero es de esperar que
lo disminuirá lo suficiente para que yo pueda funcionar más y mejorar la calidad de mi vida.

1. Entiendo que los analgésicos opiáceos son medicamentos fuertes para alivio del dolor, y se me ha informado de los riesgos y efectos secundarios asociados con su toma.
2. En particular, yo entiendo que los analgésicos opiáceos pueden producir dependencia física. Si paro o reduzco el medicamento repentinamente, yo podría experimentar síntomas de abstinencia (un síndrome semejante a la gripe tal como náusea, vómitos, diarrea, dolores, sudores, escalofríos) que pueden ocurrir en las 24-48 horas después de la última dosis. Entiendo que el síndrome de abstinencia opiácea es bastante desagradable pero no es una condición que ponga en peligro la vida.
Yo entiendo que si estoy embarazada o resulto embarazada mientras tomo estos medicamentos opiáceos, mi niño sería físicamente dependiente de los opiáceos, y el síndrome de abstinencia puede amenazar la vida de un bebé.
3. Una dosis excesiva de este medicamento puede ocasionar la muerte a causa del paro de mi respiración; este paro es reversible con tratamiento médico de urgencia si los médicos saben que yo he tomado calmantes narcóticos contra el dolor. Se recomienda que yo lleve una pulsera o collar de advertencia médica con esta información.
4. Si el medicamento produce adormecimiento, aletargamiento o mareo, tengo entendido que no debo conducir un vehículo a motor ni operar maquinaria que pueda poner en peligro mi vida o la vida de alguna otra persona.
5. Entiendo que soy responsable de informar al médico de todos y cada uno de los efectos secundarios de este medicamento que yo experimente.
6. Asiento a tomar este medicamento en la forma prescrita, y a no cambiar la cantidad ni la frecuencia del medicamento sin antes discutirlo con el médico que me receta. Acabar el medicamento prematuramente, la necesidad de repetir recetas antes de tiempo, el aumento de dosis sin permiso, y la pérdida de recetas pueden ser señales de abuso del medicamento, y pueden ser motivos para que el médico deje de recetarme.
7. Asiento a que los opiáceos me sean recetados solamente por un médico, y asiento a que solamente una farmacia dispense mis recetas. Asiento a no tomar ningún medicamento contra el dolor ni medicamento alguno que afecte la mente recetados por cualquier otro médico sin antes discutirlo con el médico mencionado arriba. Doy permiso al médico para que verifique que no estoy viendo a otros médicos por motivo del medicamento opiáceo ni yendo a otras farmacias.
8. Asiento a guardar mi medicamento en un lugar salvo y seguro. Medicamento perdido, robado, o dañado no será repuesto.
9. Asiento a no vender, prestar ni en manera alguna dar mi medicamento a ninguna otra persona.

10. Asiento a no beber alcohol ni tomar drogas que afectan el estado de ánimo mientras esté tomando medicamento opiáceo. Asiento a someter una muestra de orina en cualquier momento que mi médico la pida, y doy mi permiso para que la misma sea analizada con relación a alcohol y drogas.

11. Asiento a asistir a todas las citas con el médico para revisar este medicamento, y entiendo que dejar de hacerlo así resultaría en la suspensión del tratamiento. También estoy de acuerdo en participar en otras modalidades de tratamiento del dolor crónico recomendadas por mi médico.

12. Comprendo que hay un pequeño peligro de que una adicción opiácea pueda ocurrir. Esto significa que yo podría llegar a ser psicológicamente dependiente del medicamento, usándolo para cambiar mi estado de ánimo o intoxicarme, o que yo fuera incapaz de controlar su uso. Si esto ocurre, el medicamento será interrumpido y yo seré enviado a un programa de tratamiento de drogas para ser ayudado con este problema.

He leído lo arriba escrito, he hecho preguntas, y comprendo el acuerdo. Si quebranto el acuerdo, yo sé que el médico puede suspender esta forma de tratamiento.

Firma del paciente

Firma del médico

Fecha

Apéndice:

Entiendo que el medicamento es recetado de la forma siguiente:

Tipo de medicamento _____

Cantidad de pildoras y frecuencia _____

Cantidad total de pildoras _____

Próxima receta _____

Firma del paciente

Firma del médico

Translated by: Jose Cebrian, MD