



Consentimiento informado para la terapia con opiáceos para el dolor crónico

Por favor, revise la información que aparece a continuación y ponga sus iniciales al lado de cada elemento cuando lo haya revisado con su proveedor y crea que comprende y acepta lo que dice cada declaración.

_____ Mi proveedor me receta analgésicos opiáceos para las siguientes condiciones:

_____ Al tomar estos medicamentos, puedo experimentar ciertas reacciones o efectos secundarios que pueden ser peligrosos, entre ellos somnolencia o sedación, estreñimiento, náuseas, comezón, reacciones alérgicas, problemas para pensar con claridad, disminución de mis reacciones o disminución de mi respiración.

_____ Al tomar estos medicamentos tal vez no es seguro que conduzca un automóvil, opere maquinaria o cuide de otras personas. Si me siento sedado, confundido o afectado de alguna otra manera por estos medicamentos, no debo hacer cosas que pongan a otras personas en riesgo de sufrir lesiones.

_____ Al tomar estos medicamentos con regularidad, dependeré físicamente de ellos, lo que significa que mi cuerpo se acostumbrará a tomarlos todos los días, y experimentaré el síndrome de abstinencia si los dejo o los reduzco demasiado rápido. Los síntomas de abstinencia son similares a los de la gripe y pueden incluir dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea, sudoración, dolores corporales, calambres musculares, secreción nasal, bostezos, ansiedad y problemas de sueño.

_____ Puedo desarrollar una adicción a estos medicamentos y requerir un tratamiento contra la adicción si no puedo controlar la forma en que los uso o si continúo usándolos incluso si me ocurren cosas malas o peligrosas debido a los medicamentos.

_____ Cualquiera puede desarrollar una adicción a los analgésicos opiáceos, pero las personas que han tenido problemas con enfermedades mentales o con el control del consumo de drogas o alcohol en el pasado corren un mayor riesgo. Le he dicho a mi proveedor si yo o alguien en mi familia ha tenido alguno de estos tipos de problemas.

_____ Tomar demasiados analgésicos o mezclarlos con drogas, medicamentos psiquiátricos u otros medicamentos que producen somnolencia, como benzodiazepinas, barbitúricos y otras sustancias que ayudan a dormir, podría provocar que me sedaran peligrosamente o que tomara una sobredosis y dejara de respirar.

_____ Entiendo que tomar ciertos medicamentos como buprenorfina (Suboxone®, Subutex®), naltrexona (ReVia®), nalbufina (Nubain®), pentazocina (Talwin®), o butorfanol (Stadol®) invertirá los efectos de mis analgésicos y provocará que entre en síndrome de abstinencia.



PAIN CLINIC OF NORTH CAROLINA

_____ Es mi responsabilidad informar a cualquier proveedor que me esté tratando o recetando medicamentos que estoy tomando analgésicos opiáceos para que puedan tratarme de manera segura y no me administren ningún medicamento que pueda interactuar peligrosamente con mis analgésicos.

_____ He hablado con mi proveedor sobre los posibles riesgos y beneficios de tomar medicamentos opiáceos para mi condición y he hablado sobre la posibilidad de otros tratamientos que no utilizan medicamentos opiáceos, incluyendo:

_____ Me han recetado estos medicamentos porque otros tratamientos no han controlado mi dolor lo suficientemente bien.

_____ Estos medicamentos se van a utilizar para disminuir mi dolor, pero no lo eliminarán por completo.

_____ Estos medicamentos se utilizarán para ayudar a mejorar mi capacidad para trabajar, para cuidar de mí y de mi familia y para alcanzar otros objetivos que he discutido con mi proveedor, pero si estos medicamentos no me ayudan a lograr esos objetivos, se dejarán de tomar.

_____ **Para hombres:** Tomar analgésicos opiáceos de forma crónica puede producir niveles bajos de testosterona y afectar la función sexual.

_____ **Para mujeres:** Es mi responsabilidad informar inmediatamente a mi proveedor si creo que estoy embarazada o si pienso en embarazarme. Si me embarazo mientras tomo estos medicamentos y sigo tomándolos durante el embarazo, el bebé dependerá físicamente de los opiáceos en el momento del nacimiento y puede requerir un tratamiento de abstinencia.

_____ He revisado este formulario con mi proveedor y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Entiendo cada una de las declaraciones escritas aquí y al firmar doy mi consentimiento para el tratamiento de mi condición de dolor con medicamentos opiáceos.

Firma del paciente

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha

Firma del proveedor

Nombre del proveedor en letra de molde

Fecha