

患者协议书： 外带美沙酮药剂

患者姓名:

出生日期:

 / /

当美沙酮以安全和负责的方式使用时是一种有效的药物。但是，如使用不当，美沙酮可能造成严重的伤害，甚至死亡。维多利亚州死因裁判法庭发现，在2010年到2013年期间，有147例维多利亚州人的死亡与外带美沙酮药剂有关（在这些死亡案例中，89人服用自己的外带药，58人服用他人的外带药）。

本协议是关于外带药的安全，要求您为开给您的外带药负责，以保护自己和他人的安全。

1. 我知道，我的美沙酮药剂是根据我对阿片类药物的耐受水平仅针对我一个人而开的。如果其他人服用了我的药，他们可能会产生药物过量，甚至死亡。
2. 我知道外带药不是理所应当的权利。
3. 我知道，只有在开药人评定我情况稳定且有合法需求的情况下（例如因工作或学习、紧急出行或药店关闭而无法去药店），才会给我提供外带药。
4. 我知道，当我安全或负责地管理外带药的能力被证明是令人担忧时，开药人（经与药剂师和我协商）可以减少我的外带药数量或不给我开药。
5. 我知道，我不可以把我的外带美沙酮药剂分给任何人，因为这可能导致药物过量。
6. 我知道，我必须安全存放外带药。安全存放外带药包括：
 - 不把外带药放在汽车、公共交通、飞机、公共区域等无人照看的地方。
 - 不把外带药放在别人可以看到或拿到的地方（例如不放在冰箱中、袋子里、架子上或台面上）
 - 确保外带药被锁起来（例如柜子、抽屉、现金柜或保险箱）
 - 始终将外带药放在儿童接触不到的地方。
7. 我同意对提供给我的所有外带药负全部责任，我知道如果外带药丢失或被盗，或提前使用外带药，可能不会给予补充。
8. 如果开药人给我开了纳洛酮，我知道我要了解如何使用，以逆转可能发生的阿片类药物过量使用（包括美沙酮）。
9. 我知道，如果我不遵守本协议的任何部分，开药人可能会减少我的外带药数量或停止给我开药。

患者签名: _____

日期: / /

开药人: _____

日期: / /

如果您对治疗有任何问题或担忧，或如果您遇到问题，或如果您需要寻求独立建议或援助，或认为您受到药物治疗服务提供者的不公平对待 - 请致电药物治疗代言、调解和援助 (PAMS) 服务，电话：1800 443 844 (工作时间：周一至周五上午10点-下午6点)。