

فرم توافق بیمار:

دوزهای همراه بوپرنورفین / نالوکسون

نام بیمار:

تاریخ تولد:

/ /

بوپرنورفین در صورت مصرف ایمن و با مسئولیت، داروی بسیار موثری است. با اینحال، به هنگام مصرف نادرست، بوپرنورفین می تواند باعث صدمه جدی و حتی مرگ شود. تزریق بوپرنورفین و استفاده آن با بنزودیازپانها منجر به تعدادی تلفات جانی در اثر مصرف دارو در ویکتوریا شده است. تزریق بوپرنورفین می تواند باعث صدمه جدی و حتی مرگ شود. بوده، منجر به چندین مورد عفونت قارچی چشم در ویکتوریا که نتیجه آن کم بینایی و کوری بوده است، شده است. تزریق مواد آماده شده با هدف مصرف خوراکی آنها از طریق دهان باعث خطر صدمه وریدی خواهد شد.

این توافق راجع به ایمنی در ارتباط با دوزهای همراه است، و در رابطه با مسئولیت پذیری شما نسبت به دوزهای همراه تجویز شده برای شخص شما، جهت حفظ ایمنی خود و دیگران است.

1. درک می کنم که نگهداری دوزهای همراه شخصی در جای امن، مهم است. نگهداری این دوزهای همراه شامل موارد زیر می شود:
 2. رها نکردن دوزهای همراه در خودرو، وسایل نقلیه عمومی، هواپیما، اماکن عمومی، و غیره بدون نظارت صحیح
 3. عدم نگهداری دوزهای همراه در معرض دید و دسترس دیگران (برای مثال، عدم نگهداری آنها در یخچال، کیف، روی قفسه یا پیشخوان)
 4. حصول اطمینان از اینکه دوزهای همراه در محل امن قفل شده باشند (برای مثال، در کمد، کشو، صندوق پول یا گاو صندوق)
 5. نگهداری دوزهای همراه دور از دسترس کودکان در همه اوقات.
- درک می کنم که دوز بوپرنورفین، با توجه به میزان تحمل من نسبت به مواد افیونی، فقط برای شخص من تجویز شده است. اگر شخص دیگری دوز من را مصرف کند، می تواند اوردوز کند (مسمویت ناشی از بیش مصرفی مواد) یا حتی بمیرد.
 - می دانم که داشتن دوزهای همراه یک حق طبیعی نیست.
 - درک می کنم که دوزهای همراه تنها به من تحویل داده می شوند، در صورتیکه تجویز کننده من تشخیص داده باشد که من فردی با ثبات بوده و نیاز مشروع و حقیقی است (مانند عدم توانایی مراجعه به داروخانه به دلیل تعهدات شغلی یا تحصیلی، سفر فوری و یا بسته بودن داروخانه).
 - درک می کنم که، در صورت وجود نگرانی های مستدل در رابطه با توانایی من نسبت به مدیریت این و با مسئولیت دوزهای همراه، تعداد دوزهای همراه دریافتی من می توانند، توسط تجویز کننده، کاهش یابند و یا قطع شوند (پیرو مشاوره بین من و داروساز).
 - درک می کنم که مهم است که نباید دوزهای همراه شخصی را با افراد دیگر، به علت خطر اوردوز، سهیم شوم.
7. موافقت می کنم که مسئولیت کامل تمامی دوزهای همراه دریافتی را قبول کنم و درک می کنم که دوزهای همراه به سرقت رفته و مفقود شده، و یا دوزهای دریافتی مصرف شده پیش از نوبت، احتمالاً جایگزین نخواهند شد.
 8. در صورت تجویز نالوکسون naloxone، درک می کنم که نیاز به یادگیری نحوه مصرف آن خواهم داشت تا بتوانم اوردوز احتمالی از مواد افیونی را مهار کنم.
 9. درک می کنم که تجویز کننده دوزهای همراه من، ممکن است در صورت رعایت نکردن هر بخشی از این توافق نامه، دوزهای همراه را کاهش داده و یا قطع کند.

امضای بیمار:

تاریخ: / /

تجویز کننده:

تاریخ: / /

چنانچه سوال یا نگرانی ای در مورد درمان دارید، چنانچه مشکلی را تجربه می کنید، یا اگر نیاز به مشاوره و حمایت مستقل دارید، و یا احساس می کنید ارائه دهندگان خدمات دارودرمانی با شما عادلانه رفتار نکرده اند Pharmacotherapy – Advocacy, Mediation and Support (PAMS) به شماره 1800 443 844 در دسترس شماست (ساعات کاری از 10 صبح تا 6 بعدازظهر، دوشنبه ها تا پنجشنبه ها).