

Formulario de acuerdo del paciente: dosis de metadona para llevar

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

 / /

La metadona es un medicamento eficaz cuando se utiliza de manera segura y responsable. Sin embargo, cuando se usa de forma inapropiada, la metadona puede causar daños graves o incluso la muerte. La Corte del Forense de Victoria encontró que desde 2010 hasta 2013 hubo 147 muertes en Victoria que implicaron un dosis para llevar de metadona (en 89 casos la persona tomó su propia dosis para llevar y en 58 casos la persona tomó la de otra persona).

Este acuerdo es sobre la seguridad con las dosis para llevar, se trata de que USTED asuma la responsabilidad de las dosis para llevar que se le han recetado a USTED, para proteger su seguridad y la de los demás.

1. Entiendo que mi dosis de metadona se me ha recetado sólo para mí, en base a mi nivel de tolerancia a los opiáceos. Si alguien toma mi dosis, podría sufrir una sobredosis o incluso morir.
2. Sé que las dosis para llevar no son un derecho automático.
3. Entiendo que las dosis para llevar sólo se me proporcionan si el recetador ha evaluado que estoy estable y hay una necesidad legítima (como no poder asistir a la farmacia debido a compromisos de trabajo o estudio, viajes de urgencia o porque la farmacia está cerrado).
4. Entiendo que el número de dosis para llevar que recibo puede ser disminuido o eliminado por mi recetador (en consulta con mi farmacéutico y yo) cuando existen preocupaciones verificadas acerca de mi capacidad para manejar mis dosis para llevar con seguridad o con responsabilidad.
5. Entiendo que es importante no compartir mi dosis para llevar de metadona con cualquier otra persona por el riesgo de sobredosis.
6. Entiendo que es importante guardar mis dosis de para llevar de forma segura. Guardar de forma segura las dosis para llevar incluye:
 - No dejar las dosis para llevar desatendidas en autos, transporte público, aviones, lugares públicos, etc.
 - No dejar las dosis para llevar en lugares donde otra persona las pueda ver o coger (p.ej., no en la heladera, en un bolso, en un estante o mesa)
 - asegurar de que las dosis para llevar están bajo llave (p.ej., en un armario, cajón, caja de dinero, caja fuerte)
 - mantener las dosis para llevar fuera del alcance de los niños en todo momento.
7. Asumo la responsabilidad total por todas las dosis para llevar que se me den a mí y entiendo que cualquier dosis para llevar perdida o robada o usada de antemano no podrá ser reemplazada.
8. Si me recetan naloxona, entiendo que deberé aprender a usarla para revertir una posible sobredosis de opiáceos (incluyendo metadona).
9. Entiendo que mi médico puede reducir o dejar de recetarme las dosis para llevar si incumplo alguna parte de este acuerdo.

Si tiene alguna duda o inquietud sobre el tratamiento, si está teniendo un problema, si necesita asesoramiento o apoyo independiente, o siente que está siendo tratado injustamente por sus proveedores de servicios de farmacoterapia; puede llamar al servicio de Defensoría, Mediación y Apoyo Farmacoterapéutico (PAMS, por sus siglas en inglés) en 1800 443 844 (abierto de 10am a 6pm de lunes a viernes).

Firma del Paciente: _____ Fecha: / /

Recetador: _____ Fecha: / /