

UNIDAD DE DOLOR	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UN TRATAMIENTO OPIOIDE EN PACIENTE DOLOR CRÓNICO	F-UDO-76
		EDICIÓN: 1

El presente documento formaliza el acuerdo entre el Sr./Sra.

Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
NHC:

y la Unidad de Dolor de _____ en cuanto a la medicación prescrita para el alivio de su dolor, de acuerdo con la información médica que le ha sido explicada de forma clara y comprensible por el Dr./Dra..... (Nº de Colegiado:.....).

1. Este documento tiene como **objetivo** reflejar que he sido informado sobre el **tratamiento opioide** propuesto, sus complicaciones y alternativas. Asimismo, he sido informado y se me ha explicado que si no cumplo estrictamente las informaciones dadas por los profesionales del tratamiento, podrá suspenderse, porque el medicamento puede dejar de funcionar correctamente, y puede ocasionar trastornos en mi cuerpo.
2. **Opioide propuesto:**
3. La **información sobre el uso de los opioides para el alivio del dolor así como la pauta prescrita** se le facilita en unas hojas aparte.
4. **Riesgos** personalizados:
.....
.....
5. **Alternativas a la técnica:**

En consecuencia, teniendo en cuenta que he estado informado de forma clara y comprensible de cómo tomar la medicación, de la dosis de cada medicamento que tengo de tomar, y cada cuánto me la tengo que tomar, me comprometo a respetar los siguientes

ACUERDOS sobre la medicación prescrita por la Unidad de Dolor

1. No aumentaré ni cambiaré las dosis sin consultar con un/a médico/a de la Unidad de Dolor o mi médico de familia.
2. Si consulto a un/a médico/a por cualquier problema de salud y me hace cualquier modificación de la pauta prescrita, informaré del cambio a mi médico de familia.
3. Autorizo a que se me realice una analítica de sangre u orina para comprobar que estoy tomando la medicación correctamente, en cuanto al médico/a, responsable en cada momento de mi asistencia, lo considere oportuno.
4. Vendré a todas las visitas programadas. Si no pudiera venir, avisaré con un mínimo de 24 horas de antelación, salvo casos de fuerza mayor.

CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña _____ doy mi consentimiento para que me sea prescrito el opioide propuesto .He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizar su prescripción. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuanto lo estime oportuno

SÍ NO

Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de prescribir el opioide, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud

SÍ NO

Autorizo que se puedan utilizar, de forma anónima, datos específicos y concretos del opioide pautado al que usted se va a someter con fines docentes y científicos.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Fdo.....

Fdo.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente)