

ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE

1. Je, _____ convient que le Dr _____ sera le seul médecin qui me prescrira des analgésiques OPIOÏDES (ou NARCOTIQUES), et que je m'adresserai toujours à la même pharmacie pour faire exécuter mes ordonnances d'opioïdes. Seules exceptions : une situation d'urgence ou, en de rares cas, l'épuisement du médicament. En de tels cas, j'informerai mon médecin dès que possible.
2. Je prendrai mon médicament selon la dose et la fréquence prescrites par mon médecin. Je conviens de ne pas augmenter la dose d'opioïde sans en savoir discuté au préalable avec mon médecin.
3. Je me présenterai à tous les rendez-vous, traitements et consultations demandés par mon médecin.
4. Je comprends que les effets secondaires des opioïdes peuvent être la nausée, la constipation, les sueurs profuses et les démangeaisons. La somnolence est possible au début du traitement ou lorsqu'on augmente la dose. **Je conviens de m'abstenir de prendre le volant ou d'utiliser des engins dangereux** tant que la somnolence ne sera pas dissipée et que mon médecin n'aura pas décrété que je suis capable de le faire.
5. Je comprends que l'utilisation à long terme des opioïdes contre la douleur chronique peut entraîner une dépendance physique, et qu'une diminution ou élimination brusque du médicament produira des symptômes de sevrage. Je comprends que ces symptômes de sevrage, pour pénibles qu'ils soient, ne mettent pas ma vie en danger.
6. Je comprends qu'il existe un risque minime que je développe une toxicomanie à l'égard des opioïdes qui me sont prescrits. C'est pourquoi mon médecin peut me soumettre à des tests de dépistage de drogue dans le sang, les urines ou les cheveux, ou me demander de consulter un spécialiste en toxicomanie.
7. Je comprends que la consommation de psychotropes comme les tranquillisants, les somnifères ou les drogues (cannabis, cocaïne, héroïne, hallucinogènes) peut avoir des effets indésirables ou nuire au traitement. Je conviens donc de m'abstenir de consommer des psychotropes pendant le traitement, sauf sur consentement de mon médecin.
8. Je conviens de ranger les médicaments en lieu sûr. Je m'engage à ne pas donner ou vendre mes médicaments à quiconque. Dans certains cas, les médicaments perdus ne seront pas remplacés avant la date de renouvellement prévue.
9. Par ma signature, je renonce à mon droit à la protection des renseignements personnels et je permets à mon médecin de communiquer avec des fournisseurs de soins, pharmacies, autorités légales ou organismes de réglementation pour obtenir ou offrir des renseignements au sujet de mon traitement ou de toute utilisation abusive de mes médicaments.
10. Je comprends qu'en cas de violation du présent engagement, mon médecin se réserve le droit de cesser de me prescrire des opioïdes.

Date : _____

Patient

Médecin