

بسمه تعالی

فرم شماره

فرم تعهد بیماران جهت دریافت دوز منزل BMT

۲-۱۱

اینجانب آقای/خانم.....مددجوی مرکز درمان سوء مصرف مواد..... با شماره پرونده..... در تاریخ..... توسط پزشک مرکز در خصوص نحوه مصرف و نگهداری دوز قرص زیربانی بوپرنورفین که جهت درمان بیماری اینجانب تجویز شده آموزش و توصیه های ایمنی لازم را طبق شرایط و ضوابط ذیل به اینجانب شده و ملزم به رعایت مفاد تعهدنامه می باشم و در صورت عدم رعایت این تعهد خود شخصاً مراجع قانونی پاسخگو بوده و عواقب ناشی از آن را قبول می نمایم .

۱- قرص بوپرنورفین برای افرادی که تحت نظر پزشک دارو مصرف نمی کنند و بویژه اطفال یک داروی بسیار سمی و کشنده بوده و بایستی در محلی دور از دسترس سایر افراد و اطفال نگهداری شود. (امضاء بیمار) ()

۲- خانواده و مخصوصاً همسر بیمار (در صورت وجود) در خصوص دارو آموزش داده شده و از سمی بودن دارو آگاهی کامل دارند. (امضاء بیمار) ()

۳- متعهد و ملزم می گردم در زمان حضور مجدد خود در مرکز جهت پیگیری درمان خود هیچ گونه داروی مخدر یا غیر مخدر که مضر درمان اینجانب می باشد در منزل وجود نداشته باشد و تمام دوز تجویز شده قبلی را مصرف کرده باشم.

(امضاء بیمار) ()

۴- در صورت مفقود شدن دارو مرکز هیچگونه تعهدی در قبال تحویل مجدد دارو ندارد. (امضاء بیمار) ()

۵- متعهد و ملزم می گردم دوز شربت یا قرص متادون که جهت مصرف در منزل از مرکز دریافت می نمایم نسبت به مصرف آن طبق دستور پزشک اقدام نموده و از در اختیار دیگران قرار دادن و یا فروش آن خودداری نموده و چنانچه در این خصوص تخلفی سرزد، مرکز اختیار خواهد داشت نسبت به معرفی اینجانب به مراجع قضایی و قطع شربت یا قرص متادون مصرفی اقدام نماید. (امضاء بیمار) ()

۶- متعهد و ملزم می گردم تا زمانی که توسط مرکز تحت درمان و مشغول مصرف دوز شربت یا قرص متادون می باشم از هیچ گونه داروی دیگری بدون نظر و تجویز پزشک معالج استفاده ننمایم . (امضاء بیمار) ()

۷- متعهد می شوم در صورت نیاز به بازدید منزل جهت کنترل شرایط نگهداری دارو همکاری لازم را با مددکار مرکز انجام دهم

(امضاء بیمار) ()

مهر و امضا مسئول فنی مرکز

نام و امضا پرستار

امضا و اثر انگشت بیمار و سرپرست قانونی مددجو (شاهد) :