

ညွှန်ကြားထားသည့်အိုးပိယိုက်ဆေးများအကြောင်း အချက်အလက်သိလျက် သဘောတူခွင့်ပြုချက်

သင်၏နာကျင်မှုကိုကုသရန် သင့်ကိုကုသပေးနေသူက အိုးပိယိုက်ဆေးများညွှန်ကြားထားပါသည်။ ဤဆေးနှင့်ဆက်စပ်နေသည့် အန္တရာယ် အလားအလာများကို သင်နားလည်ရန်အရေးကြီးပါသည်။ အိုးပိယိုက်ဆေးများသည် ရုတ်တရက်၊ ရေတိုနာကျင်မှုကုသရာတွင် ထိရောက်နိုင် သော်လည်း ၎င်းတို့အားခဏတာသုံးလျှင်ပင်၊ အထူးသဖြင့် ငယ်ရွယ်စဉ်မှာသုံးလျှင်၊ နောင်တွင်စွဲသွားရန် အလားအလာများနိုင်ပါသည်။ လူနာအများအပြားသည် ၎င်းတို့၏နာကျင်မှုကုသရန် (အိုင်ဘူပရိုဖင်) ibuprofen နှင့် (အစီတမင်နီဖင်) acetaminophen ဆေးများ ကိုယ်ခန္ဓာလေ့ကျင့်ခန်းတို့ဖြင့်ကုသခြင်း၊ နှိပ်ခြင်း သို့မဟုတ် အပူပိုက်ကုခြင်းစသည့် အခြားနည်းများရှိကြောင်းနှင့် အိုးပိယိုက်ဆေးများ မလိုကြောင်း သိကြပါသည်။ နာကျင်မှုသက်သာရေးအတွက် အခြားနည်းလမ်းများအကြောင်း သင့်ကိုကုသပေးသူနှင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးပါ။

ပူးတွဲပါသောလူနာအချက်အလက်စာရွက်ကို အချိန်ယူပြီးဖတ်ပါ။ မေးစရာများ၊ စိုးရိမ်စရာများရှိပါက သင့်ကိုကုသပေးသူနှင့် ဆွေးနွေး ဖြစ်အောင်ဆွေးနွေးပါ။ ဤအန္တရာယ်များအကြောင်းသင့်ကိုအသိပေးပြီးသည်နှင့် ဤပုံစံအောက်ခြေတွင်လက်မှတ်ထိုးပါ။

ကျွန်ုပ်၊ _____ ၊ အား ကျွန်ုပ်ကိုကုသပေးနေသူမှ အိုးပိယိုက်ဆေးအသုံးပြုခြင်းနှင့်ဆက်စပ်သည့် အန္တရာယ်များ အကြောင်း အကြံပြုဆွေးနွေးခဲ့ပြီး ၎င်းတို့ကိုကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ အောက်ပါအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်ကိုပေးပြီးပါပြီ -

- အိုးပိယိုက်ဆေးသုံးရာတွင်မမှန်မကန်သုံးခြင်း၊ တလွဲသုံးခြင်း၊ တရားမဝင်ဖြန့်ဝေသုံးခြင်းနှင့် ဆေးစွဲခြင်းများဖြစ်ရန်အလားအလာ။
- အောက်ပါတို့အပါအဝင်ဆေးဒဏ်ဆိုးကျိုးများ - အိပ်ပိုက်ခြင်း၊ ဝမ်းချုပ်ခြင်း၊ ချွေးထွက်ခြင်း၊ ယားယံခြင်း၊ အတွေးနေောက်ခြင်း၊ ဆေးဖြတ်သည်နှင့်ဆေးထခြင်း၊ (စိတ်ကျရောဂါ ပိုဆိုး လာခြင်းအပါအဝင်) စိတ်ပြောင်းလဲမှုများ၊ (အိပ်ပျော်စဉ်အသက်ရှူရပ်မှု ပိုဆိုးလာခြင်းအပါအဝင်) အိပ်သည့်ပုံစံ ပြောင်းလဲမှုများနှင့် ဟိုမုန်းများအပေါ် ထိခိုက်မှုများ။
- ခံနိုင်ရည်ရှိလာခြင်း - အတိုင်းအတာတစ်ခုအထိနာကျင်မှုသက်သာရန် ဆေးပိုသောက်လာရသည်ဟု ဆိုလိုသည်။
- အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ စိတ်ကျရောဂါ အသက်အန္တရာယ်ရှိခြင်း - သင် အသက်ရှူရပ်နိုင်သည်ဟု ဆိုလိုသည်။
- မတော်တဆထိတွေ့မှုသည် သေနိုင်လောက်သည့် ဆေးလွန်ကျွံမှု ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ အထူးသဖြင့် ကလေးများတွင်ဖြစ်သည်။ မတော်တဆထိတွေ့မှု သို့မဟုတ် ခိုးမှုတို့မှ ရှောင်ရှားရန် သင့်ဆေးများကို လုံခြုံစွာ သိမ်းထားရပါမည်။
- ကိုယ်ဝန်ဆောင်ချိန်အသုံးပြုပါက မွေးကင်းစကလေးငယ်တွင် မွေးကင်းစ အိုးပိယိုက်ဆေးထခြင်း ဖြစ်နိုင်ပါသည်။
- အိုးပိယိုက်များကို အရက်နှင့်/သို့မဟုတ် အခြားစိတ်ကြွဆေးများနှင့်အတူသုံးပါက သေစေနိုင်သည့် ဆေးလွန်ကျွံမှု ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ ၎င်းတို့တွင် (ဘင်ဒိုဒိုင်ယာဇီပန်များ) benzodiazepines (ဘာဘီကျူရိတ်များ) barbiturates များအပြင် အခြားအရာများနှင့် အတူသုံးခြင်းများ ပါဝင်ပါသည်။

အိုးပိယိုက်များနှင့်ပတ်သက်၍ လူနာများကို ပညာပေးသည့် စာရွက်တစ်စောင်လည်း ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိပြီးပါပြီ။

ရက်စွဲ

လူနာ၏လက်မှတ်

လူနာ၏မိဘ၊ အုပ်ထိန်းသူ၊ သို့မဟုတ် (သက်ဆိုင်ပါက) တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်

ဆေးညွှန်ကြားသူ၏လက်မှတ်

မသက်ဆိုင်ကြောင်းရှင်းလင်းချက် ဗားမောင့်ကျန်းမာရေးဌာနမှ အချက်အလက်သိလျက်သဘောတူခွင့်ပြုချက် ဤနမူနာကို အချက်အလက်အရင်းအမြစ်အဖြစ်သာ သုံးရန်ပေးထားပြီး ဆေးကုရန် သို့မဟုတ် ဥပဒေရေးရာတွင် မသုံးရပါ။ အားမထားရပါ။ ဤအချက်အလက်များမှာ လူနာကိုပညာပေးရန်အတွက် ရည်ရွယ်ထားခြင်း မဟုတ်ပါ။ လူနာနှင့် ဆရာဝန် ဆက်ဆံရေး မဖန်တီးပါ။ ထို့အပြင် ပညာရှင်များ၏ ရောဂါရှာဖွေကုသပေးခြင်းအတွက် အစားထိုးရန် မသုံးရပါ။ ဗားမောင့်ပြည်နယ်ဘက်မှ ဥပဒေရေးရာ အကြံပြုချက်အဖြစ် ခံယူ၍မရပါ။ ဤအချက်အလက်များသည် ရှေ့နေနှင့်အမှုသည်ဆက်ဆံရေး မဖန်တီးပါ။ ထို့အပြင် ရှေ့နေ သို့မဟုတ် ကျွမ်းကျင်သည့် ဥပဒေရေးရာ အရင်းအမြစ်တစ်ရပ်ထံမှ ဥပဒေအကြံဉာဏ် တောင်းဆိုမှုအတွက် အစားထိုးရန် မဟုတ်ပါ။

MRN _____

Patient Name _____

DOB _____

Prescribed Opioid Informed Consent

Your provider has prescribed opioids to treat your pain. It is important for you to understand the risks associated with this medication. While opioids can be effective at treating acute (sudden or short-term) pain, using them even for a short time can increase your chances for addiction in the future, especially if taken early in life. Many patients find that there are other methods, such as ibuprofen and acetaminophen, as well as physical therapy, massage or acupuncture, to treat their pain and that they do not need opioid medications. Talk to your provider about other options for pain relief.

Take time to review the included patient information sheet and be sure to discuss any questions or concerns with your provider. Once you have been informed of the risks, please sign the bottom of this form.

I, _____, have been counseled by my provider and understand the risks associated with opioid use. I have been provided with information on the following:

- The potential of **misuse, abuse, diversion, and addiction** with opioid medication.
- **Side effects** including: feeling drowsy, constipation, sweating, itching, cloudy thinking, withdrawal upon discontinuation of use, mood changes (including worsening depression), sleep pattern changes (including worsening sleep apnea), and effects on hormones.
- Building up a **tolerance** – meaning having to take more medication to get the same pain relief effect.
- Life-threatening respiratory depression – meaning you can **stop breathing**.
- Accidental exposure can lead to potentially **fatal overdose, especially in children**. You must safely store your drugs to avoid accidental exposure or theft.
- Use while pregnant may cause **neonatal opioid withdrawal syndrome** in a newborn.
- **Combining opioids with alcohol and/or other psychoactive medication** can cause a fatal overdose. This includes, but is not limited to, combining with benzodiazepines and barbiturates.

I have also received a patient education sheet on opioids.

Date

Signature of Patient

Signature of Patient's Parent, Guardian, or Legal Representative (if applicable)

Signature of Prescriber

Disclaimer This EXAMPLE informed Consent is provided by the Vermont Department of Health provided as an information resource only and is not to be used or relied on for any treatment or legal purposes. This information is not intended to be patient education, does not create any patient-physician relationship, and should not be used as a substitute for professional diagnosis and treatment. It does not constitute legal advice on the part of the State of Vermont. This information does not create an attorney-client relationship and is not a substitute for seek legal advice from an attorney or competent legal resource.

[Name of Facility]