एमआरएन ______________________

बिरामीको नाम ____________________

जनम मिति ______________________

## नशारु औषधी न्र्चौँ जानकायी सहभति

तपाईंको सथ्वासथ्थ्य पद्रथ्दायकले तपाइँको दुखाइको उपण  ारको लागि नशालु औषधी को पण ी लेखेर दिनु भएको छ। यो औषधिसँग सयथ्बनथ्न्धत जोखिम तथ्विहद्रू बारे बुझ्थ्नु तपाईको लागि अत महथ्थ्विर्पूद्रथ् छ। यधपी नशालु औषध को पद्रथ्योग तीद्रिथ् (अण  मक वा छोटो अवधि) दुखाइ भएको अवसथ्थामा पद्रथ्भावकारी हुन सकथ्छ, तर छोटो समयको लागि पनि थ्यिसको पद्रथ्योग गर्दा भविषथ्यमा लत लागथ्ने सयथ्भावनामा वृद्धि हुन्छ, खास गरी कलिलो उमेरमा थ्यिसको पद्रथ्योग गरियो भने। धेरै बिरामीहद्रूले दुखाई कम गर्नको लागि आईबुपद्रथेफिन र एसिटामिनाफिन, साथै शारीरिक थ्यायाम, मालिस वा एकथ्यूपंकद्रथ् र जसथ्ता अन्य तरिकाहद्रू पनि आपनाउने गर्छन्, ताकी उनीहद्रूले दुखाइको उपण  ारको लागि नशालु औषधी को पद्रथ्योग गर्न नपरोस्। दुखाइको रातहको लागि अन्य विकथ्पिहद्रूको बारेमा तपाईंको पद्रथ्दायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

तल समावेश गरिएको बिरामी जानकारी पानालाई समीक्षा गर्न आवशथ्यक समय लिनुहोस् र कुनै पनि पद्रथ्शथ्न वा नथ्जज्ञासाहद्रू भएमा तपाईंको पद्रथ्दायकसँग छलफल गरि सुनिनथ्शद्रथ्चि हुनुहोस्। यसको जोखिमहद्रु बारे तपाईं सूणि चि हुनु भएपछि, कृमया यस फारमको तल दसथ्ततख गर्नुहोस्।

म ______________________ लाई मेरो पद्रथ्दायकले नशालु औषधी पद्रथ्योगसँग सयथ्बनथ्न्धत जोखिमहद्रूबारे बुझ्थ्न परामर्श सथ्लाह दिनुभएको छ। मलाई नियथ्नलितिख जानकारीहद्रु पनि पद्रथ्दान गरिएको छ:

- नशालु औषधी को सयथ्भावित **दुरवर्यवहार, दुरूपयोग, परितर्वन र तल** ।
- यसका सयथ्भावित **असरहरु**: झयथ्म निन्द्रालागे जसथ्तो हुने, कनथ्ब्जतय हुने, पसीना आउने, णि  लाउने, सौंण -विण  ार गर्न गाहद्रथेहुने, उपयोग वि छेदन पद्रथ्भाव देखिने, मुडमा परिवर्तन आउने (मानसिक समसथ्या सतिह), निन्द्रामा परिवर्तन (निद्रामा सथ्वास रोकिने समसथ्या झन खराब हुने), र हर्मोनमा पद्रथ्भाव पार्ने आदि।
- **सहन-क्षतमामा** बृद्द ी हुने - यसको अर्थ एकैनाशको दुखाई रातहको लागि थप औषधि खानुपर्ने।
- जीवन-जोखिम शथ्वास-पद्रथ्शथ्वासमा हद्रथस - यसको अर्थ तपाईंले सास फेर्ने बन्दगर्न सकथ्नुहुन्छ।
- **अधिकमा रा सेवनले घातक** मृथ्युको जोखिम हुनसक छ, **विशेष गरी बचचाहरुमा**। तपाईंले आकनथ्सथ्मक जोखिम वा ण ीबाट ब नेको लागि नशालु औषधी सुरकथ्षक्षत सथ्थानमा राखथ्नुपर्छ।
- गर्भवती हुँदा नशालु औषधीको पद्रथ्योगले नवजात शिशुमा **नवजात उपयोग विचछेदन परभाव** देखिन सकथ्छ। **मादक पदार्र र / वा अनय मानशिक औषधीसंगै नशालु औषधी** (Opioid) **खाँदा** घातक मृथ्युको जोखिम हुनसक छ। यसमा बेन्जोडाइजेपाइन र बार्बिट्रेटथ्स (barbiturates) पनि समावेश छन्, तर यतमै सीतिम भने छैन।

मैले नशालु औषधी बारे 'बिरामी शिक्षा पाना' पनि पद्रथपथ्त गरेको छु

______________________

मिति

______________________

बिरामीको दसथ्ततख

______________________

बिरामीको बाबुआमा, अभिभावक, वा कानुनी पद्रथ्तनिधि (यदी भएमा) को दसथ्ततख

नशारु औषधी न्र्चौँ ददनेको दस्ख़ि

अस्वीकरण: उदाहर्को रागग मो जानकायीहरु बभणधट डडन्ाटणभेधट अप् हेल्थ द्वाया प्रदान गरयएको छ य मी जानकायी कुनै उन्र्चाय वा कानूनी उद्देश्मको रागग प्रमोग गनण वा मसभा तनबणय हुन सफकनेछैन। मो जानकायीको उद्देश्म बफयाभी लश ाको रागग होईन, मसरे कुनै न्तने बफयाभी-गर्चफकत्सक सम्फधध लसजणना गदैन, य व्मावसातमक तनदान य उन्र्चायको रागग एक ववकल्नको रून्भा मसको प्रमोग गरयनु हुदैन। मसरे बभणधट याज्मको कानूनी सल्राहको कुनै बागको रुन्भा कुनै स्थान न्तन लरन सक्दैन। मो जानकायीरे एक वकीर-ग्राहकको सम्फधध लसजणना गदैन य एउटा वकीर वा स भ कानूनी स्रोफिट कानूनी सल्राह खोज्ने कुयाको रागग ववकल्न् फधन सक्दैन।
[प्रदामक सस्थाको नाभ]

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]