

MRN _____

Patient Name _____

DOB _____

Consentement informé d'Opioïd prescrit

Votre docteur a prescrit des opioïd pour traiter votre douleur. Il est important que vous compreniez les risques associés à ce médicament. Bien que les opioïd puissent être efficaces dans le traitement de la douleur aiguë (soudaine ou à court terme), leur utilisation même pendant une courte période peut augmenter vos risques de dépendance à l'avenir, surtout s'ils sont pris tôt dans la vie. Beaucoup de patients trouvent qu'il existe d'autres méthodes, telles que l'ibuprofène et l'acétaminophène, ainsi que la thérapie physique, le massage ou l'acupuncture, pour traiter leur douleur et qu'ils n'ont pas besoin de médicaments opioïd. Parlez à votre docteur des autres options pour soulager la douleur.

Prenez le temps d'examiner la fiche d'information du patient incluse, et assurez-vous de discuter de toute question ou préoccupation avec votre docteur. Une fois que vous avez été informé des risques, veuillez signer au bas du formulaire.

Moi, _____, ai été conseillé par mon docteur et je comprends les risques associés à l'utilisation d'opioïd. J'ai reçu des informations sur les points suivants :

- Le potentiel d'abus, de détournement et de dépendance avec des médicaments opioïd.
- Les effets secondaires, y compris la sensation de somnolence, la constipation, la transpiration, les démangeaisons, la pensée trouble, le retrait à l'arrêt du traitement, les changements d'humeur (y compris la dépression), les modifications du sommeil (y compris l'apnée du sommeil), et les effets sur les hormones.
- Augmentation de la tolérance – c'est-à-dire, le besoin de prendre plus de médicaments pour obtenir le même effet analgésique.
- Dépression respiratoire potentiellement mortelle – c'est-à-dire, vous pouvez arrêter de respirer.
- Une exposition accidentelle peut conduire à un surdosage potentiellement mortel, en particulier chez les enfants. Vous devez stocker vos médicaments en toute sécurité pour éviter une exposition accidentelle ou un vol.
- L'utilisation pendant la grossesse peut causer le syndrome de sevrage d'opioïd néonatal chez le nouveau-né.
- La combinaison d'opioïd avec de l'alcool et/ ou d'autres médicaments psychotropes peut provoquer une hypersensibilité fatale. Cela comprend, sans s'y limiter la combinaison avec les benzodiazépines et les barbituriques.

J'ai également reçu une fiche d'information sur les opioïd.

Date

Signature du patient

Signature du patient Parent, Gardien ou représentant légal (le cas échéant),

Signature du prescripteur

Avertissement. Cet exemple de consentement informel est fourni par le département de la santé du Vermont à titre de renseignement seulement et ne doit pas être utilisé ou invoqué pour un traitement ou des fins légales. Cette information n'a pas pour but d'éduquer le patient, ne crée aucune relation patient-médecin et ne doit pas être utilisée comme un substitut au diagnostic et au traitement professionnel. Il ne constitue pas un avis juridique de la part de l'Etat du Vermont. Cette information ne crée pas une relation avocat-client et ne remplace pas la recherche de conseils juridiques auprès d'un avocat ou d'une ressource juridique compétente.

[Nom de l'établissement]

[French]

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]