

TERAPIJSKI UGOVOR

OPIJATSKA SUPSTITUCIONA TERAPIJA - BUPRENORFINOM

IME I PREZIME PACIJENTA: _____

1. **Dobrovoljno pristupam** liječenju na Programu Opijatske Supstitucione Terapije Buprenorfinom.
2. Pristajem da se u tretman **aktivno uključe** saradnici u liječenju (član uže porodice), te da će se pridržavati dogovora koji je napravljen sa ljekarom koji je preporučio ovaj tretman.
3. Pristajem da ću redovno dolaziti na kontrole kod ljekara, na zahtjev medicinskog osoblja **uredno davati tjelesne tečnosti** radi skrining testa na psihoaktivne supstance i mjerenje vitalnih parametara, te se striktno **pridržavati „svog dana” dolaska** u periodu od **08:00 do 13:30 sati**.
Ukoliko se recepti ne realizuju dogovorenoj apoteci u roku od **tri dana**, svjestan sam da postoji mogućnost **sankcija** od strane Stručnog tima (moguće isključenje iz programa).
4. Nedolasci po terapiju u dogovoreni termin, ne javljanje na pozive osoblja, zloupotreba i manipuliranje sa terapijom, **agresivno ponašanje** (verbalno i fizičko) prema drugim pacijenatima i osoblju, kao i nanošenje materijalne štete na objektu rezultira **isključenjem iz programa liječenja**.
5. Obavezujem se (kao i saradnik u liječenju) da ću se **odazvati na svaki poziv terapeuta** i donijeti **terapiju na uvid**.
6. Upoznat sam sa činjenicom da je Buprenorfin lijek koji može biti **veoma opasan** ako se uzima na način na koji nije propisan (i.v. aplikacija, ušmrkavanje, i dr.)
7. Upoznat sam o riziku i komplikacijama istovremene **upotrebe drugih psihoaktivnih supstanci**, te da je **zloupotreba benzodiazepinskih preparata i/ili alkohola** sa Buprenorfinom **opasna po život**.
8. U slučaju ranijeg prekidanja liječenja na vlastiti zahtjev, gubitka zdravstvenog osiguranja ili spriječenosti za dolazak, **obavezno prijavljujem osoblju najmanje 24 sata ranije**.
9. Prilikom korištenja drugih zdravstvenih usluga, upoznat ću medicinsko osoblje da sam u Programu liječenja Buprenorfin. Također, medicinsko osoblje Zavoda ću upoznati sa svim **promjenama zdravstvenog stanja**.
10. Upoznat/a sam sa **rizikom upravljanja motornim vozilom** za vrijeme terapijskog Programa Buprenorfinom.
11. Obavezujem se da ću svaku **sumnju ili utvrđenu trudnoću** prijaviti medicinskom osoblju, radi dogovora o daljem terapijskom procesu.
12. **Poštovaću sva pravila iz Terapijskog ugovora, a u slučaju kršenja istog upoznat/a sam sa činjenicom da su predviđene odgovarajuće sankcije.**

Ovaj ugovor predstavlja medicinsku dokumentaciju i potpisuje se u dva identična primjerka, jedan primjerak za pacijenta i saradnika, a drugi ostaje u medicinskom kartonu pacijenta.

POTPIS PACIJENTA:

POTPIS TERAPEUTA:

POTPIS SARADNIKA:

Datum: _____