

TERAPIJSKI UGOVOR

OPIJATSKA SUPSTITUCIONA TERAPIJA - METADONOM

IME I PREZIME PACIJENTA: _____ DATUM: _____

1. **Dobrovoljno pristupam** liječenju na Programu Opijatske Supstitucione Terapije Metadonom.
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, na zahtjev medicinskog osoblja, **uredno davati tjelesne tečnosti** radi skrining testa na psihoaktivne supstance i mjerenje vitalnih parametara.
4. Obavezujem se (kao i saradnik u liječenju) da ću se **odazvati na svaki poziv terapeuta** i donijeti terapiju na uvid.
5. Upoznat sam sa činjenicom da je Metadon lijek koji može biti **veoma opasan** ako se uzima na način na koji nije propisan (i.v. aplikacija), te da istovremena **upotreba drugih psihoaktivnih supstanci sa Metadonom** mogu biti opasni po život.
6. Nedolasci po terapiju, ne javljanje na pozive osoblja, zloupotreba i manipuliranje sa terapijom, rezultira **isključenjem iz programa liječenja**.
7. U slučaju ranijeg prekidanja liječenja na vlastiti zahtjev, gubitka zdravstvenog osiguranja ili spriječenosti za dolazak, **obavezno prijavljujem osoblju najmanje 24 sata ranije**, te prihvatam da se **tri uzastopna nedolaska** po terapiju smatraju samovoljnim napuštanjem programa liječenja.
8. Svako **agresivno ponašanje** (verbalno i fizičko) prema drugim pacijenatima i osoblju, kao i nanošenje materijalne štete na objektu, rezultira **isključenjem iz programa liječenja**.
9. Prilikom korištenja drugih zdravstvenih usluga, upoznat ću medicinsko osoblje da sam u Programu liječenja Metadonom. Također, medicinsko osoblje Zavoda ću upoznati sa svim **promjenama zdravstvenog stanja**.
10. Upoznat/a sam sa **rizikom upravljanja motornim vozilom** za vrijeme terapijskog Programa Metadonom.
11. Podjela i preuzimanje Metadonske terapije se obavlja **isključivo radnim danima (od ponedjeljka do petka)** na Odjeku OST-a, Omera Stupca br. 6, u periodu od 07:15 do 16:45 sati. Preuzimanje terapije se vrši lično uz obavezan svojeručni potpis.
12. Nakon preuzimanja terapije, **prihvatam potpunu odgovornost** za istu (sigurno čuvanje i rukovanje, ispravnost i higijenu zaduženih bočica). Djelimični ili potpuni gubitak preuzete terapije, **prihvatam kao ličnu odgovornost** (izgubljene, prosute, ukradene doze, itd.) i izjavljujem da **dodatna potraživanja po ovom osnovu neću tražiti**.
13. **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 SARADNIKA: _____

POTPIS TERAPEUTA: _____