

## پیوست چهار- فرم رضایت نامه آگاهانه

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... که از تاریخ ..... به علت اختلال مصرف مواد در مرکز درمانی ..... تحت درمان قرار گرفته‌ام، بدین وسیله اعلام می‌دارم که اطلاعات لازم درباره درمان نگهدارنده با متادون و سایر گزینه‌های درمانی ممکن به من داده شده و موارد زیر مورد تأیید من قرار دارد:

- ۱- رضایت آگاهانه خود را برای دریافت برنامه درمان نگهدارنده با متادون ارائه شده توسط مرکز درمانی و کارکنان درمانی آن برای درمان اختلال مصرف مواد افیونی خود اعلام می‌نمایم. مداخلات درمان برنامه-ریزی شده برای من توضیح داده شده است و من مطلع شدم که درمان من در چارچوب مقررات و آیین-نامه‌های درمان اختلالات مصرف مواد ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد.
- ۲- برای من توضیح داده شد که درمان نگهدارنده با متادون ممکن است همچون درمان‌های دارویی دیگر در صورتی که مطابق تجویز پزشک، مصرف نشود آسیب‌رسان باشد. عوارض جانبی محتمل و خطرات و منافع سایر درمان‌های دارویی برای من توضیح داده شد.
- ۳- من مطلع شدم که لازم است جزئیات درمان خود را به پزشکانی که به دلیل سایر مسایل طبیی مرا مورد درمان قرار می‌دهند اطلاع دهم به این صورت درمان‌گر من با آگاهی از داروهایی که مصرف می‌کنم، می-تواند بهترین مراقبت ممکن را عرضه نماید و از تجویز داروهایی که با درمان دارویی من تداخل داشته یا سیر بهبودی مرا متأثر می‌کند اجتناب نماید.
- ۴- خطرات و عوارض مصرف مواد و سایر داروها هنگامی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستم برای من توضیح داده شد.
- ۵- اثر درمان نگهدارنده با متادون بر روی توانایی رانندگی و کار با ماشین‌آلات برای من توضیح داده شد.
- ۶- من مطلع شدم که می‌توانم هر زمان که اراده نمایم به صورت داوطلبانه از این برنامه درمانی خارج شوم و مصرف داروهای تجویز شده را قطع نمایم. در صورتی که این گزینه را انتخاب نمایم، داروی من تحت نظارت طبیی متناسب قطع خواهد شد.

۷- برای بیماران مؤنث در سنین باروری: مطلع شدم که اگر در حال حاضر باردارم، در طول درمان با این دارو باردار شدم یا در حال شیردهی هستم، باید موضوع را به درمان‌گر خود اطلاع دهم تا مراقبت و ارجاع متناسب برای من قابل انجام باشد.

۸- از قوانین و مقررات درمان اختلال مصرف مواد خود به شرح ذیل مطلع شدم و خود را متعهد به رعایت آن-ها میدانم.

الف- تصمیم‌گیری در خصوص روش درمان و نحوه مصرف دارو، به صورت مشترک توسط اینجانب و اعضای گروه درمانی مرکز (شامل روان‌پزشک، پزشک، روانشناس، پرستار و سایر کارکنان درمانی درمان-گاه) گرفته می‌شود و پیروی از هرگونه توصیه و پیشنهادی که توسط بیماران (به غیر اعضای گروه خودیاری) یا سایر افراد ارایه شود، غیرمجاز و خطرناک خواهد بود.

ب- مراجعه به مرکز درمانی جهت دریافت خدمات عرضه‌شده مستلزم رعایت انضباط، نظم و ترتیب بوده و همه افراد موظف به رعایت آن خواهند بود.

پ- رعایت بهداشت، و پاکیزگی مرکز درمانی الزامیست و هرگونه رفتار مغایر آن نظیر انداختن آب دهان، ته سیگار، لیوان مصرف شده و همچنین استعمال سیگار در فضای آن ممنوع است.

ت- هرگونه درگیری کلامی و فیزیکی با کارکنان مرکز یا سایر بیماران و حمل سلاح‌های سرد ممنوع است و با متخلفان برابر قوانین برخورد خواهد شد.

ث- خرید و فروش متادون، بوپرنورفین یا هر نوع دارو، هرگونه مواد مخدر، هر نوع ماده شیمیایی یا اجناس دیگر در مرکز درمانی و محوطه اطراف آن غیرقانونی است و فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

ج- ایجاد هرگونه مزاحمت برای کارکنان مرکز، بیماران و خانواده‌ها یا همراهان غیرمجاز بوده و با متخلف برابر مقررات مرکز و قوانین برخورد خواهد شد.

چ- هرگونه شکایت یا اعتراض نسبت به نحوه درمان یا طرز رفتار کارکنان مرکز یا سایر بیماران می‌بایست کتباً به مسئول فنی مرکز ارائه گردد. قطعاً مرکزی موظف است به این شکایات رسیدگی، و نتیجه را به بیمار منعکس نماید.

ح- ارائه هرگونه اطلاعات غلط، ابهام انگیز، ارائه توصیه درمانی، تجویز دارو، پیشنهاد مصرف دارو یا دادن دارو به بیماران، خانواده‌های بیماران یا سایر مراجعان مرکز درمانی به هیچ وجه جایز نبوده و به دلیل بوجود آمدن خطرات جسمی- روانی و حتی جانی، فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگیری قانونی قرار خواهد گرفت.

نام و امضاء همراه بیمار

نام و امضاء بیمار