



Consentimiento para tratamiento con BRIXADI®

La buprenorfina es un medicamento utilizado para tratar el trastorno por consumo de opiáceos. Es un opiáceo que reduce el ansia y los síntomas de abstinencia y bloquea los efectos de opiáceos más potentes y peligrosos para reducir el riesgo de sobredosis. La buprenorfina puede tomarse en forma de pastilla o película diaria o bien como inyección subcutánea (bajo la piel). Este formulario de consentimiento se refiere a la inyección mensual denominada BRIXADI®.

La buprenorfina puede utilizarse para tratar la abstinencia o como terapia de mantenimiento. El trastorno por consumo de opiáceos es una enfermedad crónica y la terapia de mantenimiento con buprenorfina puede continuar mientras sea médicamente necesario. Un compromiso más prolongado con el tratamiento se asocia con mejores resultados para los pacientes. Se recomienda que el tratamiento con buprenorfina dure al menos seis (6) meses.

BRIXADI® es una forma de liberación prolongada de buprenorfina que tiene dos (2) formulaciones: una inyección semanal y una inyección mensual.

- BRIXADI® semanal se administra cada 7 días. Viene en cuatro (4) dosis diferentes: 8mg, 16mg, 24mg y 32mg
- BRIXADI® mensual se administra cada 28 días. Viene en tres (3) dosis diferentes: 64mg, 96mg y 128mg

Su equipo clínico trabajará con usted para determinar la formulación (semanal o mensual) y la dosis más adecuadas para usted. Ambas formulaciones de BRIXADI® pueden administrarse por vía subcutánea en una de las cuatro (4) zonas siguientes: abdomen, nalga, muslo o parte superior del brazo.

Se adjunta la información para el paciente que necesita saber sobre BRIXADI® y sus efectos secundarios. Revisaremos dicho material con usted antes de pedirle que firme este formulario para el tratamiento.

He leído este formulario y el formulario de medicación del paciente o me los han leído. Entiendo lo que dicen. Tuve la oportunidad de hacer preguntas. Todas mis preguntas fueron respondidas. Considero que tengo suficiente información para aceptar recibir la inyección de BRIXADI®. Al firmar este formulario, autorizo a mi equipo clínico a realizar inyecciones subcutáneas de BRIXADI® en una de las cuatro zonas (abdomen, nalgas, muslo o parte superior del brazo) según el criterio médico.

Firma del paciente

Fecha

Firma del proveedor

Fecha

Este documento ha sido reproducido con permiso del Boston Medical Center y es un extracto de:
Loukas, V., Jodat, A., & LaBelle, C.T. (2024) *Buprenorphine Extended-Release Injection Implementation Guide*. Manual de tratamiento no publicado.
Boston Medical Center.
Este manual o cualquiera de sus documentos no sustituyen la toma de decisiones médicas informadas por parte de un proveedor autorizado y adecuado.