



Consentimiento para tratamiento con SUBLOCADE®

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 SUBLOCADE®.

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.

SUBLOCADE® es una forma de liberación prolongada de buprenorfina. SUBLOCADE® se administra cada 28 días en el abdomen. Viene en dos (2) dosis diferentes: 300mg y 100mg. La dosis recomendada para las dos primeras inyecciones es de 300 mg. Después de las dos primeras inyecciones, la dosis se puede reducir a 100 mg o se puede continuar con 300 mg. Su equipo clínico trabajará con usted para determinar la dosis más adecuada para usted.

Se adjunta la información para el paciente que necesita saber sobre SUBLOCADE® 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 SUBLOCADE®. Al firmar este formulario, autorizo a mi equipo clínico a realizar inyecciones subcutáneas de SUBLOCADE® en el abdomen según el criterio médico.

Firma del paciente

Fecha

Firma del proveedor

Fecha