



Consentimento para tratamento com SUBLOCADE®.

A buprenorfina é um medicamento usado para tratar o transtorno do uso de opioides. É um opioide que reduz os desejos e os sintomas de abstinência e bloqueia os efeitos de opioides mais fortes e mais perigosos para reduzir o risco de overdose. A buprenorfina pode ser tomada na forma de um comprimido ou filme diário ou como uma injeção subcutânea (sob a pele). O presente formulário de consentimento se refere à injeção mensal chamada SUBLOCADE®.

A buprenorfina pode ser usada para desintoxicação ou terapia de manutenção. O transtorno do uso de opioides é uma doença crônica, e a terapia de manutenção com buprenorfina pode continuar pelo tempo que for clinicamente necessário. Um envolvimento mais prolongado no tratamento está associado a melhores resultados para os pacientes. É recomendável que o tratamento com buprenorfina dure no mínimo seis (6) meses.

O SUBLOCADE® é uma forma de buprenorfina de liberação prolongada. O SUBLOCADE® é administrado no abdômen a cada 28 dias. Está disponível em duas (2) doses diferentes: 300 mg e 100 mg. A dosagem recomendada para as duas primeiras injeções é de 300 mg. Após as duas primeiras injeções, a dose pode ser reduzida para 100 mg ou pode ser mantida em 300 mg. Sua equipe de profissionais de saúde trabalhará com você para determinar a formulação e a dose adequadas para você.

A informação ao paciente que você precisa saber sobre o SUBLOCADE® e seus efeitos colaterais constam em anexo. Vamos revisar esse material com você antes de pedirmos para você assinar este formulário para tratamento.

Eu li este formulário e o formulário de medicação do paciente, ou estes foram lidos para mim. Eu entendo o que eles dizem. Tive a oportunidade de fazer perguntas. Todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu acredito que tenho informações suficientes para consentir a toma da injeção SUBLOCADE®. Ao assinar o presente formulário, autorizo minha equipe de profissionais de saúde a administrar injeções subcutâneas de SUBLOCADE® no meu abdômen, conforme medicamento apropriado.

Assinatura do paciente

Data

Assinatura do provedor

Data