**فرم رضایتنامه آگاهانه**

**اینجانب ............................................. فرزند ............................ به شمارة شناسنامه ............................ که از تاریخ.............................. به علت اختلال مصرف مواد در مرکز درمانی............................. تحت درمان قرارگرفته ام، بدینوسیله اعلام میدارم که اطلاعات لازم درباره درمان نگهدارنده با متادون و سایر گزینه های درمانی ممکن به من داده شده و موارد زیر مورد تأیید من قرار دارد:**

1. **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 نامه های درمان اختلالات مصرف مواد ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت میگیرد.**
2. **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 نافع سایر درمانهای دارویی برای من توضیح داده شد.**
3. **من مطلع شدم که لازم است جزئیات درمان خود را به پزشکانی که به دلیل سایر مسایل طبی مرا مورد درمان قرار میدهند اطلاع دهم به این صورت درمانگر من با آگاهی از داروهایی که مصرف میکنم، میتواند 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.**
4. **خطرات و عوارض مصرف مواد و سایر داروها هنگامی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستم برای من توضیح داده شد.**
5. **اثر درمان نگهدارنده با متادون بر روی توانایی رانندگی و کار با ماشینآلات برای من توضیح داده شد.**
6. **من مطلع شدم که میتوانم هر زمان که اراده نمایم به صورت داوطلبانه از این برنامه درمانی خارج شوم و مصرف داروهای تجویزشده را قطع نمایم. در صورتی که این گزینه را انتخاب نمایم، داروی من تحت نظارت طبی متناسب قطع خواهد شد.**
7. **برای بیماران مؤنث در سنین باروری: مطلع شدم که اگر در حال حاضر باردارم، در طول درمان با این ارو باردار شدم یا در حال شیردهی هستم، باید موضوع را به درمانگر خود اطلاع دهم تا مراقبت وارجاع تناسب برای من قابل انجام باشد.**
8. **از قوانین و مقررات درمان اختلال مصرف مواد خود به شرح ذیل مطلع شدم و خود را متعهد به رعایت آن ها میدانم.**

**الف- تصمیم گیری در خصوص روش درمان و نحوة مصرف دارو، به صورت مشترک توسط اینجانب واعضای گروه درمانی مرکز )شامل روانپزشک، پزشک، روانشناس، پرستار و سایر کارکنان درمانی درمانگاه( گرفته میشود و پیروی از هرگونه توصیه و پیشنهادی که توسط بیماران )به غیر اعضاء گروه ودیاری( 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 همة 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 مادة 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 خانواده ها یا همراهان غیرمجاز بوده و با متخلف برابر مقررات مرکز و قوانین برخورد خواهد شد.**

**چ - هرگونه شکایت یا اعتراض نسبت به نحوة درمان یا طرز رفتار کارکنان مرکز یا سایر بیماران می بایست کتباً به مسئول فنی مرکز ارائه گردد. قطعاً مرکز موظف است به این شکایات رسیدگی، و نتیجه را به بیمارمنعکس نماید.**

**ح - ارائة هرگونه اطلاعات غلط، ابهام انگیز، ارائه توصیه درمانی، تجویز دارو، پیشنهاد مصرف دارو یا دادن دارو به بیماران، خانواده های بیماران یا سایر مراجعان مرکز درمانی به هیچ وجه جایز نبوده و به دلیل بوجود آمدن خطرات جسمی ذ 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............................................................**