



หนังสือแสดงเจตจำนงรับการรักษาด้วยโอปิออยด์

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี  
 บัตรประชาชน  บัตรข้าราชการ  บัตรพนักงานรัฐวิสาหกิจ เลขที่.....  
 สังกัด.....ในฐานะ  ผู้ป่วย  ผู้มีอำนาจกระทำการแทนในฐานะ.....  
 ของผู้ป่วยนาม นาย/นาง/นางสาว.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังต่อไปนี้ และเข้าใจดีว่าการปฏิบัติตามข้อแนะนำของแพทย์เป็นสิ่งจำเป็น  
 อย่างยิ่งในการเข้ารับการรักษากับนายแพทย์/แพทย์หญิง.....แพทย์ผู้เริ่มและ/  
 หรือให้การรักษาด้วยโอปิออยด์เพื่อระงับอาการปวดซึ่งมีสาเหตุจากโรค.....

การรักษาด้วยโอปิออยด์มีเป้าหมายเพื่อช่วยลดอาการปวด ทำให้ข้าพเจ้าสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น  
 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ข้าพเจ้าอาจได้รับยาอื่นๆ เช่น ยาต้านอักเสบร่วมกับกำกับการบริหารร่างกาย  
 กายภาพบำบัดและ/หรือรับคำปรึกษาจากจิตแพทย์ร่วมด้วย

1. การใช้โอปิออยด์จะเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ มีโอกาสเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะ  
 เกิดขึ้น จากการใช้โอปิออยด์ อันได้แก่ ง่วงซึม, ท้องผูก, คลื่นไส้, อาเจียนเวียนศีรษะ, ค้นตามผิวหนัง  
 การแพ้ยา, หายใจช้า, อาการตื้อยา, การติดยา รวมถึงการที่ยาอาจไม่ช่วยลดอาการปวด
2. ข้าพเจ้ามีหน้าที่และความรับผิดชอบต่อการรักษาด้วยโอปิออยด์ที่ได้รับดังนี้
  - ก. จะใช้โอปิออยด์ในปริมาณและความถี่ที่แพทย์ระบุและให้คำแนะนำไว้เท่านั้น
  - ข. จะไม่เพิ่มหรือเปลี่ยนชนิดยาที่ใช้โดยไม่ได้รับความเห็นชอบจากแพทย์
  - ค. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในอันที่จะทำให้ตนเองมีสมรรถภาพดีขึ้น ทั้งด้านกายใจและสังคม
  - ง. จะไม่รับโอปิออยด์หรือยาแก้ปวดใดๆ จากแพทย์หน่วยงานอื่นอีกจนกว่าจะยกเลิกข้อตกลงนี้แล้ว
  - จ. จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาทุกชนิดที่เคยได้รับ และที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบันโดยไม่ปิดบัง
  - ฉ. จะรักษามิให้ใบสั่งยาและ/หรือโอปิออยด์ที่ได้รับหายไปจากการครอบครอง
  - ช. หากโอปิออยด์สูญหายหรือถูกขโมยจะต้องดำเนินการแจ้งความกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ
  - ซ. จะไม่ขับขี่ยานพาหนะเมื่อทำงานเกี่ยวกับเครื่องกล เมื่อรู้สึกง่วงซึมและการตัดสินใจช้าลง
3. แพทย์จะระงับการให้โอปิออยด์หรือเปลี่ยนแผนการรักษาเมื่อ
  - ก. การรักษาอาการปวดด้วยโอปิออยด์ไม่ได้ผล หรือเกิดอาการตื้อยาขึ้นเร็วผิดปกติ
  - ข. พฤติกรรมที่มีแนวโน้มหรือพิสูจน์ว่า ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อตกลงข้อ 2
  - ค. นำโอปิออยด์ไปใช้ในทางที่ผิดวัตถุประสงค์ เช่น นำไปให้ผู้อื่นใช้โดยไม่ได้รับอนุญาตหรือขาย
  - ง. รับโอปิออยด์จากแพทย์หน่วยงานอื่นโดยไม่แจ้งให้แพทย์ทราบว่ากำลังใช้โอปิออยด์อยู่
  - จ. ไม่ให้ความร่วมมือในการสุ่มตรวจเลือดและ/หรือปัสสาวะเพื่อตรวจหาสารเสพติด
  - ฉ. ติดสารเสพติดอื่นหรือมีการติดยาเนื่องจากการรักษาในครั้งนี้
  - ช. ไม่ได้มารับการรักษาตามกำหนดเวลาที่นัดหมาย

ติด STICKER

4. ยินยอมให้มีการสุ่มตรวจเลือดและ/หรือปัสสาวะ เพื่อตรวจสอบการใช้ยาเป็นระยะ
5. หากเกิดเหตุสุดวิสัยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างฉุกเฉิน จะแจ้งให้แพทย์ที่รักษาทราบว่าข้าพเจ้ากำลังได้รับการรักษาด้วยโอปิออยด์เพื่อระงับปวดและจะไม่ขอรับยาจากห้องฉุกเฉินเกินกว่าปริมาณที่ใช้ได้ในระยะ 3 วัน
6. ข้าพเจ้า (เฉพาะผู้ชาย) รับทราบว่า การใช้โอปิออยด์ระยะนานอาจเป็นผลให้ระดับฮอร์โมนเทสโทสเทอโรนในร่างกายต่ำลง ซึ่งอาจทำให้อารมณ์ความต้องการและสมรรถภาพทางเพศลดลง ซึ่งจะพิสูจน์ได้โดยการตรวจ หาระดับฮอร์โมนดังกล่าวเป็นระยะ
7. ข้าพเจ้า (เฉพาะผู้หญิง) รับทราบว่า เมื่อตนวางแผนที่จะตั้งครรภ์หรือไม่แน่ใจว่าจะตั้งครรภ์หรือไม่ ข้าพเจ้าจะ รายงานให้แพทย์ทราบทันที เพราะการรับประทานโอปิออยด์อย่างต่อเนื่องในขณะตั้งครรภ์ จะมีผลต่อทารกทำให้ต้องพึ่งพาโอปิออยด์ด้วย และก็มีโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติแต่กำเนิดได้
8. การติดยาเสพติด หมายถึง การต้องการยาเพื่อเหตุผลที่ไม่ใช่การรักษา เป็นอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลงข้าพเจ้าตระหนักดีว่า การใช้โอปิออยด์เพื่อรักษามีโอกาสติดยาค่อนข้างต่ำ รายงานจากวารสารทางการแพทย์ พบว่าผู้ติดยาเนื่องจากใช้โอปิออยด์มีจำนวนไม่มาก ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประวัติติดยาเสพติดอยู่แล้วหรือมีครอบครัวติดยาเสพติด ข้าพเจ้ายินยอมให้ความร่วมมือในการแจ้งประวัติการใช้สารเสพติดของข้าพเจ้าและครอบครัว ทั้งในอดีตและปัจจุบันเพื่อประโยชน์ในการรักษา
9. การใช้โอปิออยด์เป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะที่ร่างกายต้องพึ่งยา (physical dependence) ซึ่งเป็นเรื่องปกติ ต่างกับการติดยาหรือการเสพติด หากมีการลดปริมาณการใช้โอปิออยด์อย่างรวดเร็วหรือ หยุดยาทันทีอาจทำให้เกิดอาการถอนยา ได้แก่ น้ำมูกไหล, หาวนอน, ผิวหนังเป็นตุ่มนูน, (goose bumps) ม่านตาขยาย, ปวดบิดในท้อง, ท้องเสีย, หงุดหงิดง่าย, ปวดเมื่อยตามตัวคล้ายกับจะเป็นไข้ ซึ่งเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สบายแต่ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต
10. การดื้อโอปิออยด์หรือการรักษาอาการปวดที่จำเป็นต้องใช้ปริมาณยาสูงขึ้นไม่ใช่ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีปัญหาปวดเรื้อรัง และแม้ว่าภาวะนี้จะเกิดกับข้าพเจ้า การเพิ่มปริมาณการใช้โอปิออยด์นอกจากจะไม่ช่วยลดอาการปวดแล้ว ยังอาจมีผลข้างเคียงจากยามากขึ้น การดื้อต่อยาหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย โอปิออยด์เป็นเหตุผลที่แพทย์ตัดสินใจเปลี่ยนให้การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ต่อไป
11. ข้าพเจ้าและหรือผู้มีอำนาจกระทำแทนได้อ่านหรือมีผู้อ่านข้อความที่กล่าวมาข้างต้น เข้าใจเนื้อหาข้างต้น ทั้งหมดมีโอกาสที่จะสอบถามข้อสงสัยและได้รับทราบคำตอบในทุกเรื่องที่ต้องการเกี่ยวกับการรักษาด้วยโอปิออยด์แล้ว จึงขอลงนามในเอกสารฉบับนี้เพื่อแสดงเจตจำนงในการรับการรักษาด้วยโอปิออยด์

ลงนามผู้ป่วย หรือ ผู้มีอำนาจกระทำแทน \_\_\_\_\_  
( )

ลงนามแพทย์ \_\_\_\_\_  
( )