

CONTROLLED SUBSTANCE AGREEMENT

The purpose of this agreement is to protect you as the patient and to inform you regarding our ability to prescribe controlled substances for you either now or in the future.

In accordance with recommendations from the CDC and the NC Medical Board, Hugh Chatham physician practices have strict policies surrounding the prescribing of narcotics for pain management. Therefore we do not prescribe controlled medications such as Morphine, Fentanyl, Oxycodone, Oxycontin, Dilaudid or Demerol on a routine basis. In rare instances a short course of a controlled substance may be used in addition to other modalities for acute pain management. Patients requiring stronger medications or chronic pain medication should expect to be referred to a pain clinic for further treatment. Patients dismissed from a pain clinic for any reason will not receive pain medication prescriptions from any Hugh Chatham affiliated office.

Due to the high risk of addiction and abuse, the prescribing of Benzodiazepines will be limited. Such medications may require management by a behavioral health specialist.

Because many medications have potential for abuse or diversion, strict accountability is necessary when they are prescribed. I therefore agree to the following:

1. If I require long-term narcotic use I may be referred to a pain management specialist. (The CDC guidelines recommend less than 3 days as sufficient for most acute pain and rarely will more than 5-7 days of pain medication be prescribed).
2. I will not get prescription pain medication from more than one provider.
3. All controlled substance refills must come from the care provider initially prescribing the medication or the covering physician in the absence of my provider. Early refills will not be given. If I feel a refill is needed, an appointment with my provider must be scheduled.
4. I may not share, sell, or otherwise permit others to have access to these medications.
5. Unannounced urine or serum toxicology screens may be requested and my cooperation is required. Refusal to cooperate, presence of unauthorized substances and/or lack of expected substances may result in termination of care.
6. A pain medication prescription is not a substitute for physical therapy, heat /cold therapy, positions of comfort, or other pain management recommendations made by my provider.
7. I understand that my provider will review the NC Controlled Substance Reporting System to verify my prescription history.

I understand that failure to adhere to this agreement may result in discontinuation of pain management therapy, controlled substance prescribing and/or termination of care management with my provider.

I understand that taking narcotics for pain can cause physical dependence, addiction and serious side effects and, under certain circumstances, may even lead to death.

I affirm that I have full right and power to sign and be bound by this agreement, and that I have read, understand, and accept all terms.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Patient Signature: _____ Date: _____

Witness Name: _____

Witness Signature: _____



ACUERDO SOBRE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Este acuerdo tiene como propósito protegerle como paciente e informarle acerca de nuestras reglas y normas asociadas a las recetas médicas de sustancias controladas para usted, ya sea ahora o en el futuro.

De acuerdo con las recomendaciones del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y la Junta Médica Estatal de NC, las prácticas médicas de Hugh Chatham se adhieren a políticas y normas estrictas para emitir recetas de narcóticos para el manejo del dolor. Por lo tanto, no recetamos medicamentos controlados, tales como Morfina, Fentanilo, Oxicodona, Oxycontin, Dilaudid o Demerol de forma rutinaria. En raras ocasiones, además de otras modalidades para el tratamiento del dolor agudo, se utiliza también un corto período de ingesta de alguna sustancia controlada para calmar el dolor. Los pacientes que requieran estos medicamentos más fuertes luego de una intervención médica, o para manejar dolores crónicos, podrían ser referidos también a una clínica para el control del dolor para recibir tratamiento adicional. Los pacientes que, por cualquier motivo, hayan concluido un tratamiento y hayan sido dados de alta por una clínica para el control del dolor, no recibirán recetas de medicación adicional para el dolor de ninguna oficina afiliada a Hugh Chatham.

Debido al alto riesgo de adicción y abuso, las recetas para benzodiazepinas serán limitadas. El uso de estos medicamentos puede requerir la supervisión de un especialista en salud mental o comportamiento.

Debido a que muchos de estos medicamentos tienen potencial de ser abusados o revendidos ilegalmente, se requiere una estricta rendición de datos de control al momento de ser recetados. Por lo tanto, comprendo y doy mi aprobación a lo siguiente:

1. Si yo necesito utilizar narcóticos a largo plazo podría ser referido a un especialista en manejo del dolor. (Las directrices de los centros CDC recomiendan un período de hasta 3 días como tiempo suficiente para la mayoría de casos de dolor agudo; además ocurre muy pocas veces que se emitan recetas para el dolor que sean para más de 5 a 7 días de medicación narcótica).
2. Yo no voy a adquirir medicamentos recetados para el dolor de ningún otro proveedor que no sea mi proveedor único de farmacia.
3. Todas las renovaciones de recetas (refills) de sustancias controladas deben ser emitidas por el mismo proveedor de atención médica que haya emitido la receta inicial o por el médico reemplazante a cargo en caso de ausencia de mi proveedor médico. No se permitirán renovaciones tempranas/adelantadas a las recetas y se pienso que necesito una renovación deberé programar una cita con mi proveedor médico.
4. No puedo compartir, vender o de otra manera otorgar acceso a estos medicamentos a otras personas.
5. Yo estoy sujeto a tener que hacerme análisis de Toxicología no anunciados, por orina o por sangre, para lo cual otorgaré mi cooperación. Negarse a cooperar, la presencia de sustancias no autorizadas y/o la falta de sustancias esperadas puede resultar en la terminación de nuestra atención médica.
6. Una receta de medicación para el dolor no constituye un sustituto a la terapia física, a las terapias de calor/frío, al uso de posturas físicas de comodidad, u otras recomendaciones de manejo del dolor que me brinde mi proveedor(es) médico(s).
7. Entiendo que mi proveedor médico revisará el Sistema de Reporte de Sustancias Controladas de Carolina del Norte para verificar mi historial de recetas.

Entiendo que el incumplimiento de este acuerdo puede resultar en la interrupción de la terapia o tratamiento para el manejo del dolor, de la receta por sustancias controladas y/o la terminación de mi plan de atención médica con mi proveedor.

Yo comprendo que tomar narcóticos para el dolor puede causar dependencia física, adicción y efectos secundarios graves, y que bajo ciertas circunstancias incluso puede llevar a la muerte.

Afirmo que tengo derecho y plenas facultades para firmar este acuerdo, prestando así mi consentimiento y mi obligación vinculante a este acuerdo, el cual he leído, comprendo y acepto en todos sus términos.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____

