

Fecha: ____/____/____

Expediente: _____

Hoja de comentarios sobre el manejo del dolor

Nombre: _____

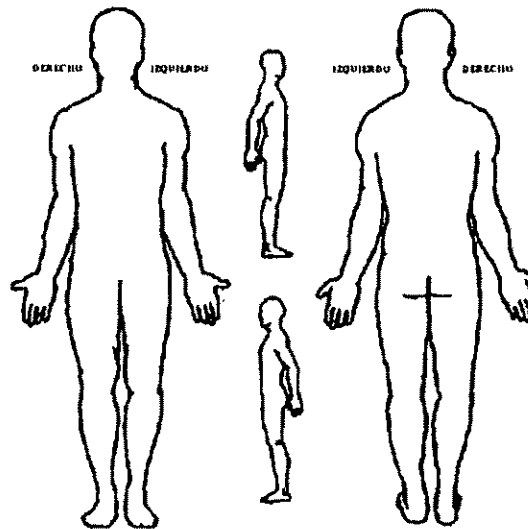
Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de teléfono: _____

Médico de atención primaria (PCP): _____ ¿Cuándo comenzó el problema? ____/____/____

¿Qué actividad lo desencadenó? _____

Marque las áreas problemáticas de dolor:

xxx Dolor	- - - Ardor	*** Sensación punzante
>>> Súbito	/// Lacerante	ooo Palpitante



Escala de dolor

Marque con una X el dolor que siente en una escala del 1 al 10

NADA DE DOLOR		MÍNIMO		MODERADO		INTENSO		EMERGENCIA	
0		1-3		4-6		7-9		10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

El dolor que siento hoy en comparación con el momento en que inició el problema: Está igual ____ Mejoró ____ Empeoró ____

El dolor disminuye cuando:

☐ Me siento ☐ Estoy de pie ☐ Camino ☐ Me acuesto ☐ Me inclino hacia adelante ☐ Me inclino hacia atrás

Describe en detalle: _____

El dolor aumenta cuando:

☐ Me siento ☐ Estoy de pie ☐ Camino ☐ Me acuesto ☐ Me inclino hacia adelante ☐ Me inclino hacia atrás

☐ Estornudo/toso ☐ Defeco

Describe en detalle: _____

El dolor es:

☐ Constante ☐ Intermitente ☐ Agudo ☐ Leve ☐ Continuo ☐ Ardiente ☐ Lacerante

☐ Abrasador ☐ Palpitante ☐ Súbito ☐ En forma de cólicos ☐ En forma de entumecimiento/cosquilleo

Describe en detalle: _____

Si tiene dolor en la parte baja de la espalda y en las piernas, seleccione el enunciado que mejor se adapte a su caso:

- ☐ Me duele más la espalda que la pierna.
☐ Me duele más la pierna que la espalda.
☐ Me duele tanto la espalda como la pierna.

Si tiene dolor en el cuello y en el brazo, seleccione el enunciado que mejor se adapte a su caso:

- ☐ Me duele más el cuello que el brazo.
☐ Me duele más el brazo que el cuello.
☐ Me duele tanto el cuello como el brazo.

Inyecciones previas para el dolor:

☐ Puntos desencadenantes ☐ Peridurales ☐ Inyecciones facetarias ☐ Discograma

Otro: _____

Otras terapias:

☐ Fisioterapia ☐ Quiropraxia ☐ Masoterapia ☐ Acupuntura ☐ Retroacción biológica

Cirugía (indique el tipo y la fecha): _____

Otro: _____

Medicamentos para el dolor que probó y le resultaron efectivos:

Medicamentos	Dosis	Efecto
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, indique las sustancias y las fechas: _____

Medicamentos actuales (ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS, INCLUIDAS LAS VITAMINAS):

Medicamentos	Dosis	Efecto
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Toma algún anticoagulante? (Coumadín, Plavix, Lovenox, Eliquis, Pradaxa, etc.) Si _____ No _____

¿Tiene algún trastorno hemorrágico o problemas de coagulación? Si _____ No _____

Alergias:

☐ Ninguna ☐ Penicilina ☐ Sulfamida ☐ Yodo ☐ Medio de contraste para PVI ☐ Látex ☐ Huevo

Otro: _____

Fecha: ____/____/____

Nombre del paciente: _____

Evaluación de riesgo de opioides

		SÍ	NO	Puntuación del elemento si es mujer	Puntuación del elemento si es hombre
1. Antecedentes familiares de abuso de sustancias	Alcohol	☐	☐	1	3
	Drogas ilegales	☐	☐	2	3
	Medicamentos recetados	☐	☐	4	4
2. Antecedentes personales de abuso de sustancias	Alcohol	☐	☐	3	3
	Drogas ilegales	☐	☐	4	4
	Medicamentos recetados	☐	☐	5	5
3. Edad (marque la casilla correspondiente si tiene entre 16 y 45)		☐	☐	1	1
4. Antecedentes de abuso sexual en la preadolescencia		☐		3	0
5. Enfermedad psicológica	TDA/TDAH	☐	☐	2	2
	TOC	☐	☐		
	Bipolaridad	☐	☐		
	Esquizofrenia	☐	☐		
	Depresión	☐	☐	1	1
Total:				☐	☐



Acuerdo sobre opioides (narcóticos)

En casos seleccionados, algunos pacientes reciben medicamentos para el dolor (opioides) como parte del plan de tratamiento. Si usted y el médico deciden que los medicamentos para el dolor serán parte de su plan de tratamiento, se aplicará lo siguiente:

Para brindar la mejor atención posible para mi tratamiento del dolor, debe haber un plan de atención que ayude a que la administración de estos medicamentos sea segura. Este acuerdo es sobre mi consumo de medicamentos opioides para el dolor recetados por mi médico. Entiendo que recibiré recetas para medicamentos opioides solo si me comprometo a lo siguiente:

- 1) Tomaré los medicamentos solo según las indicaciones del médico que me los recetó en el Orthopaedic Center of South Florida (OCSF) (y enfermero practicante/asistente médico [NP/PA], si en mi equipo de atención hay alguno).
- 2) Recibiré recetas de opioides solo de los médicos y NP/PA que me los receten en el OCSF, no de otros médicos o enfermeros ni de otras clínicas o departamentos de emergencia.
- 3) Si recibo opioides de cualquier otra fuente (por ejemplo, después de una cirugía o de una visita de emergencia debido a una fractura de hueso, etc.), le informaré al médico que me recetó opioides en el OCSF, ya sea en persona o por teléfono, antes de surtir dicha receta. Si es fuera del horario de atención, durante el fin de semana o un feriado, se lo notificaré al siguiente día hábil.
- 4) Entiendo que debo tomar el medicamento recetado según las indicaciones y que debe durarme hasta la próxima fecha de resurtido. Si el dolor aumenta, llamaré a mi médico para hablar al respecto. No aumentaré la dosis, salvo que me lo indique el médico o NP/PA del OCSF.
- 5) No esperaré recibir recetas de reemplazo para ningún medicamento que haya perdido o que me hayan robado, independientemente de las circunstancias.
- 6) NO se realizarán resurtidos por la noche, durante los fines de semana ni en días feriados.
- 7) Acepto que, cuando reciba mi medicamento en la farmacia, contaré las pastillas para asegurarme de haber recibido la cantidad adecuada. No esperaré que mi médico o NP/PA del OCSF me dé una nueva receta solo porque la cantidad que recibí es incorrecta.
- 8) Aceptaré marcas genéricas de mi medicamento recetado siempre que mi médico o NP/PA del OCSF decida que es apropiado.
- 9) Si parece que el medicamento para el dolor no tiene beneficios evidentes para mi funcionamiento diario o mi calidad de vida, disminuiré o suspenderé el medicamento según las indicaciones de mi médico o NP/PA del OCSF.
- 10) Entiendo que mi médico o NP/PA del OCSF pueden suspender mis opioides si, a su juicio profesional, determinan que hacerlo es la mejor opción para mí.
- 11) Acepto que me hagan análisis toxicológicos en orina y sangre según lo solicite mi médico o NP/PA del OCSF, o enfermeros/asistentes médicos que actúen en su nombre. Entiendo que, además de un examen toxicológico preliminar, se enviarán análisis de sangre y orina a un laboratorio independiente para confirmar los resultados y, en ese caso, podría derivar en una factura por separado para mí.

Iniciales del paciente: _____ 1/2



- 12) Reconozco que el dolor puede ser un problema complejo. Mi dolor puede aliviarse con otros tratamientos (como fisioterapia, psicoterapia, estrategias de medicina conductual, terapias intervencionistas, etc.). Acepto participar activamente en todas las partes de mi tratamiento según lo recomiende mi médico o NP/PA del OCSF para mejorar mi nivel de funcionamiento y a frontar mejor el problema.
- 13) Tal como se conversó en el consultorio, entiendo que necesito demostrar que el medicamento opiode para el dolor está ayudando a mejorar mi funcionamiento. Se espera que camine o haga ejercicio durante 20 minutos cada vez, al menos 5 veces a la semana.
- 14) Acepto programar y acudir a citas de seguimiento con mi médico y NP/PA del OCSF en los intervalos recomendados (inicialmente cada mes y cada 3 meses, como mínimo). Las renovaciones dependen de que se acuda a las citas programadas. Para el resurtido de recetas, es necesario avisar con 2 días hábiles de anticipación.
- 15) Acepto usar solo una farmacia para surtir todas mis recetas de opioides y me comunicaré con el médico o NP/PA del OCSF que me los recetó si es necesario hacer alguna excepción (antes de surtir la receta).
- 16) Mi médico o NP/PA del OCSF me aconsejó que no conduzca ni maneje maquinaria mientras tome este medicamento hasta que sepa cómo me afectará.
- 17) Entiendo que estos medicamentos tienen efectos secundarios profundos, que incluyen, entre otros, depresión respiratoria (dejar de respirar), estreñimiento, sedación, aumento del dolor, disminución de la libido (deseo sexual), náuseas y vómitos, pupilas puntiformes, prurito (pica zón), retención urinaria, disminución de la presión y muerte.
- 18) Entiendo que es mi responsabilidad colocar estos medicamentos en un lugar seguro, especialmente fuera del alcance de los niños. Mi médico recomienda enfáticamente que los coloque una caja con llave.

Si la violación de este acuerdo implica obtener sustancias controladas de otra persona o si participa en alguna actividad ilegal (por ejemplo, la alteración de una receta), se entiende que el incidente puede informarse a otros médicos que lo atienden, centros médicos locales, farmacias y a otras autoridades, como el departamento de policía local, la Agencia de Control de Drogas, etc.

Entiendo que este Acuerdo sobre narcóticos pasará a formar parte de mi expediente clínico permanente.

Tuve la oportunidad de hacerle preguntas a mi médico o a mi NP/PA sobre el dolor y el medicamento para el dolor que tomaré. Seguiré haciendo preguntas a medida que surjan en el transcurso de mi atención. ESTE ACUERDO REEMPLAZARÁ TODOS LOS DEMÁS ACUERDOS. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, INDICO QUE ENTIENDO Y ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS DEL ACUERDO ANTERIOR.

Paciente

Fecha

Médico/NP/PA

Fecha

Testigo

Fecha