

## **Chronic Opioid Therapy - Patient Introduction**

UConn Health is committed to exceptional, high quality patient care and safety. Your provider has recommended a medication to treat your pain with the goal of improving your functional status. These medications can be helpful; however, can also be dangerous if not taken as directed by your provider. We are committed to your safety while working with you to get better. This document highlights our institutional rules and expectations which must be followed for your safety.

**Safety monitoring is for everyone regardless of age, race, diagnosis, ethnicity, or social class. Every patient receiving opioids from UConn Health is monitored for their safety.**

Our Commitment to You:

- WE will help you understand the risks and benefits of taking these beneficial yet potentially dangerous medications.
- WE will monitor your safety which may include: random urine testing for the presence of the medication and other drugs; routinely reviewing your medical, pharmacy and refill records; random pill counting; monitoring refills through the Connecticut Prescription Monitoring Program.
- WE will use these medications in combination with other helpful treatments (physical therapy, massage, acupuncture, cognitive behavioral therapy, counseling, etc).
- WE will ask for help when we need it and may refer you to a specialist (Neurologist, Orthopedist, or Psychiatrist) if indicated.
- WE will help you get the care you need, including treatment for addiction and mental health problems if necessary. Treatment program information and phone numbers will be provided when indicated or requested without judgement or bias.
- WE will update you with new opioid and non-opioid pain medications and treatments.
- WE will continue to treat your pain in other ways if we decide that controlled substances are no longer safe or working for you and need to be discontinued.
- WE will NOT continue using opioids or sedatives if we don't think they are safe or beneficial anymore.



**UConn Health  
Chronic Opioid Therapy Pain Management Agreement**

I understand that opioid pain medications can be addicting. I know that it is a crime to give away or sell these medications. I understand that my doctor does not have to prescribe these medicines for me and that there are other options to treat pain. I can die from taking too much opioids. The risks and benefits of opioid pain medications have been discussed with me. Because these medications are dangerous, there are many rules for getting regular opioid prescriptions from my doctor’s office, which are described in detail below. I understand and agree to follow all of these rules.

**REASON FOR TREATMENT:**

---

Diagnosis for which opioid is being prescribed

**MY TREATMENT GOAL:**

---

Treatment Goal (e.g. “be able to kneel on the ground and play with kids,” “complete PT,” “get through an 8 hour work day,” “to be able to do enough exercise for weight loss. If unsuccessful with weight loss then opioid medication will be stopped”.)

**MY PRESCRIPTION:**

---

Opioid Regimen

I have read (or someone read to me) the **Chronic Opioid Therapy Informed Consent** and I understand the risks, benefits and alternatives for Opioid use

\_\_\_\_\_ (Initials)

I have read (or someone read to me) the **Pain Management Agreement**

\_\_\_\_\_ (Initials)

**SIGNATURE:**

---

Patient Name

DOB

---

Patient Signature

Date

---

Read and reviewed with

Healthcare Team Member Signature Date

---

Provider Name

Provider Signature

Date

---

Name of translator if applicable

## **Chronic Opioid Therapy Informed Consent**

### **POSSIBLE RISKS:**

1. **Overdose:** You can die from an overdose of opioid medications. The risk of dangerous overdose is higher if you take opioids combined with alcohol or other medications that can make you sleepy (See Appendix I). Most overdoses are unintentional and can happen to anyone taking opioid medication.
  - a. There is a medicine called Naloxone (Narcan®) that can save your life. It is available at some pharmacies and does not require a prescription. We recommend you get it, but it is not a requirement of this agreement.
2. **Side Effects:** Such as constipation, nausea, vomiting, sedation, drowsiness, slowed breathing, slowed reaction time, confusion, difficulty thinking, depression, headaches and sexual dysfunction can occur at any time. It may be unsafe for you to operate machinery, drive a car, or be responsible for taking care of other people while using this medication.
  - a. **For men:** Chronic opioid use can cause low testosterone levels in men. This can decrease your stamina, mood, libido and physical and sexual performance.
  - b. **For women:** If you use opioid medications while pregnant, the baby can be born addicted to opioids. I will tell my doctor right away if I am or I become pregnant.
3. **Addiction:** Opioid medications are addictive.

**Tolerance:** Your body may get used to the opioid medications and their effect on your pain could decrease over time. If this happens, we may need to stop the medicine.

**Physical Dependence:** You may have withdrawal symptoms such as abdominal cramping, diarrhea, anxiety when you stop the medicine.
4. **Theft:** People may try to steal these medications from you. You should not tell other people you have these medications. You are responsible for keeping these medications safe, for example, keeping them hidden in a lock-box.
5. **CT Law:** Connecticut state law (CGS § 14-227a) prohibits driving while under the influence of alcohol or drugs. If your driving is impaired and you are taking opioid medications, you could get a DUI (Driving Under the Influence) or a DWI (Driving While Intoxicated) offense.

### **POSSIBLE BENEFITS:**

1. Opioids may help improve your function at home and work
2. You may have improvement of your pain, but will not make you pain free, and the improvement can decrease over time
3. By decreasing pain, you may have improvement in sleep
4. If pain is better controlled, you may be able to take better care of yourself such as exercising, working, and taking care of your home

5. You and your doctor may be able to focus more on your other medical problems once your pain is better controlled
6. Overall, taking opioids may improve your quality of life
7. Setting a treatment goal helps measure how opioids are helping you with your pain

**ALTERNATIVES:**

There are many alternative options for treatment of chronic pain other than opioids. Opioids are not the recommended treatment for chronic pain that is not due to cancer. Opioids are not recommended on their own to treat chronic pain. Alternative options will be recommended in addition to opioid medication (See Appendix II).

## Pain Management Agreement

### AGREEMENT:

1. I understand that treatment with opioids is started as a trial and will only be continued if it is helping.
2. I understand that the goal of treatment is to function better and opioids will not make me pain free.
3. I understand that medication is only one part of my treatment plan and I agree to participate in all recommended treatments and follow up.
4. I agree to have regular visits specifically for the condition I am receiving opioid therapy to treat as well as set yearly clinic visit to re-sign a medication agreement. At a minimum, I will be seen in the office every three months for ongoing care and evaluation.
5. I agree to take the medication only as prescribed. It is my responsibility to call the office no less than 7 days in advance when I need a refill. I understand that refills will never be provided at night or over the weekends. I understand that changes to my prescriptions, including dose adjustments and new medications, will be made only during scheduled office visits and not over the phone or during unscheduled visits.
6. I agree to random drug testing and random pill counts, which may be requested at any time. I understand that the medication will be stopped if I am unreachable or unavailable for this monitoring within 24 hours when requested.
7. I agree to fill all opioid prescriptions at the same pharmacy every time.
8. I understand that providers in CT are limited to a 7 day supply for a new prescription and a 30 day supply script without refills after that.
9. I understand that lost or stolen medications will not be refilled early. It is my responsibility to protect and secure my medications. This includes keeping them out of reach of children.
10. I will not abuse alcohol or use any illegal drugs while taking this medication.
11. I will not take any opioid medications from another provider. I will not take any sedating medications or other controlled substances without prior approval from my provider. Controlled substances can include prescriptions from other doctors, medications borrowed or accepted from family or friends and any illicit or street drugs.
12. I understand that pharmacies report all opioid prescriptions to a database that my prescribers are required by CT law to check.
13. I understand that if my prescriber is unavailable, a covering provider within my UConn Health primary care office may refill my medication.
14. If an unavoidable emergency situation occurs requiring a prescription for sedative or opioid pain medication, I will contact my prescribing provider within 72 hours and discuss with the office.
15. I agree to allow my providers at the UConn Health to speak with other providers (within and outside UConn Health) and pharmacists regarding my use of controlled substances, mental health and pain management as deemed clinically necessary. I agree to have the electronic medical record contain information about the opioid agreement so the other providers at UConn Health are informed.
16. In addition to all of the above, I understand and accept the right of UConn Health to terminate this agreement for the following reasons:
  - a. If I give, sell, or in any way distribute prescribed medications to any other person(s).
  - b. If I, in any way, attempt to forge or alter a prescription.
  - c. If I have violent or aggressive behavior at the clinic or over the phone.

- d. If my medical condition declines to the point at which, in my doctor's judgment, continuing opioid medications is dangerous for my well-being or safety.
- e. If there is evidence that I am no longer receiving a reasonable benefit from the medication or my doctor determines that I am no longer a good candidate to continue the medication.
- f. If I don't follow all of my physician's recommendations.
- g. If I don't follow all of the conditions of this agreement.

**Acuerdo para el manejo del dolor con tratamiento crónico con opioides**

Entiendo que los medicamentos opioides para el dolor pueden ser adictivos. Sé que es un delito regalar o vender estos medicamentos. Entiendo que mi médico no tiene por qué prescribirme estos medicamentos y que existen otras opciones para tratar el dolor. Puedo morir por el uso excesivo de opioides. Me informaron acerca de los riesgos y beneficios de los medicamentos opioides para el dolor. Debido a que estos medicamentos son peligrosos, existen varias normas para obtener recetas regulares de opioides en el consultorio de mi médico, las cuales se especifican a continuación. Entiendo y acepto acatar todas estas reglas.

**MOTIVO DEL TRATAMIENTO:**

---

Diagnóstico por el cual se prescribe el opioide

**MI OBJETIVO CON EL TRATAMIENTO:**

---

Objetivo del tratamiento (ejemplo: "poder arrodillarme en el piso y jugar con los niños", "completar mi terapia física", "lograr trabajar durante 8 horas", "hacer suficiente ejercicio para perder peso. Si no se logra la pérdida de peso, la medicación de opioides se suspenderá").

**MI RECETA MÉDICA:**

---

Tratamiento con opioides

Leí (o alguien me leyó) el **consentimiento informado para el tratamiento crónico con opioides** y estoy entiendo sus riesgos, beneficios y alternativas.

\_\_\_\_\_ (Iniciales)

Leí (o alguien me leyó) el **acuerdo para el manejo del dolor**

\_\_\_\_\_ (Iniciales)

**FIRMA:**

---

Nombre del/de la paciente

Fecha de nacimiento

---

Firma del/de la paciente

Fecha

---

Leído y revisado con

Firma del miembro del equipo de atención médica Fecha

---

Nombre del  
proveedor

Firma del proveedor

Fecha

---

Nombre del traductor si corresponde



## Consentimiento informado para el tratamiento crónico con opioides

### RIESGOS POSIBLES:

1. **Sobredosis:** usted puede morir a causa de una sobredosis de medicamentos opioides. El riesgo de sobredosis es mayor si consume opioides con alcohol u otro medicamento que pueda causar somnolencia (Ver apéndice I). La mayoría de las sobredosis son involuntarias y le pueden ocurrir a cualquiera que tome medicamentos opioides.
  - a. Existe un medicamento llamado naloxona (Narcan®) que puede salvar su vida. Está disponible en algunas farmacias y no requiere receta médica. Le recomendamos que lo adquiera, pero no es un requisito de este acuerdo.
2. **Efectos secundarios:** estreñimiento, náuseas, vómitos, sedación, somnolencia, respiración lenta, disminución de reflejos, confusión, dificultad para pensar, depresión, dolores de cabeza y disfunción sexual; estos pueden ocurrir en cualquier momento, por lo que podría resultar peligroso operar maquinaria, conducir un auto o ser el responsable del cuidado de otra persona mientras está tomando este medicamento.
  - a. **Para hombres:** el uso crónico de opioides puede reducir los niveles de testosterona en los hombres. Esto puede disminuir su resistencia, estado de ánimo, libido y rendimiento físico y sexual.
  - b. **Para mujeres:** si consume estos medicamentos durante el embarazo, el bebé puede nacer adicto a los opioides. Le informaré de inmediato a mi médico si estoy embarazada o si quedo embarazada.
3. **Adicción:** los medicamentos opioides son adictivos.

**Tolerancia:** su cuerpo puede acostumbrarse a los medicamentos opioides y su eficacia contra el dolor puede disminuir con el tiempo. Si esto sucede, es posible que debamos suspender el tratamiento.

**Dependencia física:** cuando suspende el medicamento, puede sufrir el síndrome de abstinencia, que incluye calambres abdominales, diarrea y ansiedad.
4. **Robo:** las personas pueden intentar robarle estos medicamentos. No debe decirle a nadie que los tiene. Usted es responsable de cuidar estos medicamentos, por ejemplo, guardándolos en una caja fuerte.
5. **Ley de CT:** la ley del estado de Connecticut (CGS § 14-227a) prohíbe conducir bajo los efectos del alcohol o las drogas. Si conduce con dificultad y está tomando medicamentos opioides, se le puede acusar de conducir bajo los efectos de las drogas o el alcohol (Driving Under the Influence, DUI) o por conducir alcoholizado/a (Driving While Intoxicated, DWI).

### POSIBLES BENEFICIOS:

1. Los opioides pueden ayudar a mejorar su rendimiento en el hogar y en el trabajo.
2. Podría aliviar su dolor, pero no desaparecerá por completo, y su mejoría también podría disminuir con el tiempo.
3. Al disminuir el dolor, el sueño puede mejorar.
4. Si se controla mejor el dolor, es posible que pueda cuidarse mucho más haciendo ejercicios, trabajando y ocupándose de su hogar.
5. Probablemente usted y su médico se dediquen más a sus otros problemas clínicos una vez que se controle mejor su dolor.
6. En general, tomar opioides puede mejorar su calidad de vida.
7. Establecer un objetivo de tratamiento le indica de qué manera los opioides le ayudan a mejorar su dolor.

**ALTERNATIVAS:**

Existen muchas alternativas para el tratamiento del dolor crónico además de los opioides. El tratamiento con opioides no se recomienda para el dolor crónico que no sea causado por el cáncer. Los opioides no se recomiendan por sí solos para tratar el dolor crónico. Se recomendarán alternativas además de los medicamentos opioides (Ver apéndice II).

## Acuerdo para el manejo del dolor

### ACUERDO:

1. Comprendo que el tratamiento con opioides se inicia como una prueba y continuará solo si es de ayuda.
2. Entiendo que el objetivo del tratamiento es lograr una mejoría y que los opioides no harán desaparecer mi dolor.
3. Entiendo que los medicamentos son solo una parte de mi plan de tratamiento y acepto participar en todos los tratamientos y seguimientos recomendados.
4. Acepto realizar visitas regulares específicas para la afección por la que estoy recibiendo tratamiento con opioides, con el fin de tratar y programar una visita médica anual para firmar un nuevo acuerdo de medicación. Cada tres meses, como mínimo, asistiré al consultorio para recibir atención y evaluación continuas.
5. Acepto tomar el medicamento solo como fue recetado. Si necesito la renovación de medicamentos, es mi responsabilidad llamar al consultorio por lo menos con 7 días de anticipación. Entiendo que las renovaciones de recetas nunca se harán de noche ni durante los fines de semana. Comprendo que los cambios en mis recetas, incluidos los ajustes de dosis y los medicamentos nuevos, solo se realizarán durante las visitas programadas al consultorio y no por teléfono ni durante visitas no programadas.
6. Acepto someterme a las pruebas aleatorias de detección de drogas y al recuento de comprimidos que se soliciten en cualquier momento. Entiendo que el medicamento se suspenderá si no logran contactarme o si no estoy disponible para este control dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud.
7. Acepto renovar siempre todas las recetas de opioides en la misma farmacia.
8. Comprendo que los proveedores en Connecticut están limitados a un suministro de 7 días por cada nueva receta y a una receta de suministro de 30 días sin renovaciones posteriores.
9. Entiendo que los medicamentos perdidos o robados no se renovarán rápidamente. Es mi responsabilidad proteger y resguardar mis medicamentos. Eso incluye mantenerlos fuera del alcance de los niños.
10. No abusaré del alcohol ni consumiré drogas ilícitas mientras tome este medicamento.
11. No tomaré ningún medicamento opioide de otro proveedor. No tomaré ningún sedante u otra sustancia controlada sin la autorización previa de mi proveedor. Las sustancias controladas pueden incluir recetas de otros médicos, medicamentos prestados o aceptados por familiares o amigos y cualquier droga ilícita.
12. Entiendo que las farmacias incluyen todas las recetas de opioides en una base de datos que la ley de CT exige a los médicos que extienden la receta que verifiquen.
13. Entiendo que si el médico que extiende la receta no está disponible, un proveedor de cobertura médica de mi consultorio de atención primaria de UConn Health puede renovar la receta de mi medicamento.
14. Si ocurre una situación de emergencia inevitable que requiera una receta de sedantes o medicamentos opioides para el dolor, contactaré a mi proveedor que extiende la receta en un plazo de 72 horas y lo informaré al consultorio.
15. Acepto que mis proveedores de UConn Health hablen con otros proveedores (dentro y fuera de UConn Health) y farmacéuticos con respecto a mi consumo de sustancias controladas, salud mental y manejo del dolor, si se considera clínicamente necesario. Acepto que el registro médico electrónico contenga información sobre el acuerdo de opioides para que los demás proveedores de UConn Health estén informados.

16. Además de todo lo anterior, entiendo y acepto el derecho que tiene UConn Health de rescindir este contrato por los siguientes motivos:
- a. Si doy, vendo o de cualquier manera distribuyo medicamentos recetados a otra(s) persona(s).
  - b. Si intento falsificar o alterar una receta de cualquier manera.
  - c. Si tengo un comportamiento violento o agresivo en la clínica o por teléfono.
  - d. Si mi afección médica desmejora hasta el punto en que, a criterio de mi médico, continuar con los medicamentos opioides es peligroso para mi bienestar o seguridad.
  - e. Si hay evidencia de que el medicamento ya no me aporta un beneficio razonable o si mi médico determina que ya no reúno los requisitos para continuar con la medicación.
  - f. Si no sigo todas las recomendaciones de mi médico.
  - g. Si no cumplo todas las condiciones de este acuerdo.