

HOITOSOPIMUS

Tämä hoitosopimus on tarkoitettu niihin tilanteisiin, joissa rauhoittavien lääkkeiden tai unilääkkeiden vieroitus on päätetty tehdä avohoidossa eikä potilaalla ole päihteiden sekakäyttöä.

Potilaan nimi: _____
Potilaan henkilötunnus: _____
Hoitavan lääkärin nimi: _____
Hoitavan lääkärin yhteystiedot: _____

- Vieroituksen tavoitteena on, että potilas lopettaa asteittain bentsodiatsepiinien käytön.
- Bentsodiatsepiinien ja muiden unilääkkeiden määrääminen keskitetään yllä mainitulle lääkärille.
- Vieroitus tehdään rauhallisesti asteittain useiden viikkojen tai kuukausien aikana.
- Terveyskeskuksen päivystyksessä potilas ohjataan väestövastuulääkärille eikä kirjoiteta reseptejä, mutta annetaan tarvittaessa akuuttilääkintä.
- Muiden kuin yllä mainitun hoitavan lääkärin vastaanotolla ei kirjoiteta mitään bentsodiatsepiini- tai unilääkeresptejä ja potilas ohjataan yllä mainitun hoitavan lääkärin vastaanotolle.
- Jos resepti katoaa mistä hyvänsä syystä, ennen määräämää ei kirjoiteta uutta reseptiä.
- Vieroitusoireet hoidetaan tarvittaessa
 - ensisijaisesti hoitavan lääkärin vastaanotolla
 - toissijaisesti terveyskeskuksen päivystyksessä
 - (muualla, missä) _____
- Hoidon aikana voidaan tehdä pistokokeina alkometrin puhallutuksia, virtsan huumeeseula tai muita laboratoriotutkimuksia, esimerkiksi verikokeita. Tämä koskee kaikkia hoitotilanteita.
- Tämä hoitosopimus raukeaa heti, jos sen sisällöstä poiketaan.
- Aluksi haetaan lääkityksen aloitusannos.
- Varsinaisessa vieroituksessa _____-lääkkeen vuorokausiannosta pudotetaan asteittain: _____ mg pois päiväannoksesta _____ viikon välein, ellei toisin sovita.
- Kerran laskettua annosta ei enää nosteta takaisin. Jos tulee lieviä vieroitusoireita, annosta ei nosteta, vaan asiasta keskustellaan lääkärin vastaanotolla.
- Vieroituksen tueksi on sovittu seuraavien tukilääkkeiden käytöstä (rastita oikeat / yliviivaa tarpeettomat):
 - häiritsevään vapinaan tai sydämen tykytykseen: _____
 - unihäiriöön: _____
 - muu lääke: _____

Tämän hoitosopimuksen lisäksi on tehty

- ☐ erillinen kirjallinen sopimus potilastietojen hankkimisesta ja luovuttamisesta
☐ sopimus lääkkeiden toimittamisesta apteekeista (ns. apteekkisopimus)
☐ muita sopimuksia: _____

Sitoudumme yllä olevaan hoitosopimukseen

Päiväys: _____

Potilaan allekirjoitus: _____

Lääkärin allekirjoitus _____

Yllä kuvattu hoitosuunnitelma on rauennut (päiväys ja joko potilaan tai lääkärin allekirjoitus):

Potilaan suostumus tietojen hankkimiseen ja luovuttamiseen

Potilaan nimi: _____
Potilaan henkilötunnus: _____
Hoitavan lääkärin nimi: _____
Hoitavan lääkärin yhteystiedot: _____
(tietoja luovuttava ja vastaanottava yksikkö)

Annan suostumukseni luovuttaa yllä mainitusta hoitopaikasta alla mainituille hoitotahoille tämän suostumuksen kopion, hoitosuunnitelman kopion, hoitooni ja sen päättymiseen sekä tämän sopimuksen raukeamiseen liittyviä tietoja. Annan suostumukseni **hankkia** yllä mainittuun hoitopaikkaan minua ja hoitoani koskevia tietoja alla mainituilta hoitotahoilta.

Yllä mainitut tietojen luovuttaminen ja hankkiminen koskevat näitä hoitotahoja:

- ☐ terveyskeskukset: _____
- ☐ työterveyshuolto: _____
- ☐ yksityislääkärit: _____
- ☐ A-klinikat ja päihdepoliklinikat: _____
- ☐ katkaisuhoidolaitokset tai sosiaalisairaala: _____
- ☐ psykiatriset poliklinikat tai mielenterveystoimistot: _____
- ☐ muut poliklinikat: _____
- ☐ muut hoitotahot: _____
- ☐ omaiset (nimi): _____

Annan suostumukseni siihen, että alla mainittujen paikkakuntien **apteekit** saavat luovuttaa minua koskevat lääkeostotiedot asiakasrekistereistään viimeisen vuoden ajalta yllä mainitulle hoitavalle lääkärille. Tämän suostumuksen kopion saa lähettää ko. apteekkeihin. Lääkäri voi harkintansa mukaan toistaa tietojen luovutuspyyntönsä hoidon aikana.

Apteekkien paikkakunnat: _____

Tämän sopimuksen lisäksi on / ei ole tehty erillinen apteekkisopimus lääkkeiden toimittamisesta.

Vahvistan suostumukseni yllä kuvatuista tietojen luovutuksesta ja hankinnasta allekirjoituksellani.

Päiväys: _____

Allekirjoitus ja nimen selvennys _____

Suostumuksen peruutus

Peruutan tämän sivun yläosassa kuvatun suostumukseni tietojen hankkimiseen tai luovuttamiseen.

Päiväys: _____

Allekirjoitus ja nimen selvennys: _____