

Mẫu số 2. Bản cam kết sử dụng thuốc methadone của người bệnh được cấp thuốc methadone nhiều ngày
(Ban hành kèm theo Quyết định số 4066/QĐ-BYT ngày 31/12/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

CAM KẾT SỬ DỤNG THUỐC METHADONE CỦA NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC CẤP THUỐC METHADONE NHIỀU NGÀY

Kính gửi:¹

Tên tôi là: ².....Giới tính:.....

Sinh ngày: tại.....

Nơi đăng ký thường trú: ³.....

Nơi ở hiện tại:.....

Mã số định danh cá nhân:.....

ĐT của người bệnh: ĐT của người nhà người bệnh:.....

Là người bệnh đang được điều trị methadone tại cơ sở.....

Sau khi được tư vấn và nghiên cứu kỹ về những quy định liên quan đến cấp thuốc methadone nhiều ngày, tôi tự nguyện tham gia cấp thuốc methadone nhiều ngày cho người bệnh điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện. Tôi cam kết thực hiện các nội dung sau đây:

1. Không bán thuốc methadone được cấp.
2. Không chia sẻ thuốc methadone cho người khác.
3. Bảo quản để không xảy ra tình huống người khác uống nhầm thuốc.
4. Sử dụng thuốc đúng liều theo hướng dẫn của cơ sở y tế.
5. Luôn mang theo (1) Sổ theo dõi cấp thuốc methadone; (2) Thẻ điều trị methadone; (3) Đơn thuốc methadone và (4) Giấy tờ tùy thân trên đường đi để đảm bảo tính hợp pháp trên đường đi.

6. Chịu sự giám sát sử dụng thuốc methadone mang về theo quy định.

7. Tuân thủ các quy định khác của cơ sở y tế.

Tôi xin cam kết chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật nếu để xảy ra bất kỳ sai phạm nào nêu trên làm ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của cá nhân hay người khác hoặc các vi phạm pháp luật khác liên quan đến bảo quản và sử dụng thuốc methadone tôi được cấp về.

**Đại diện gia đình người cam kết
hoặc người giám hộ**
(Ký và ghi rõ họ tên)

....., ngày tháng năm
Người cam kết
(Ký hoặc điểm chỉ và ghi rõ họ tên)

¹ Tên cơ sở điều trị thay thế nơi người bệnh đang tham gia điều trị

² Họ và tên của người bệnh

³ Nơi đăng ký thường trú của người bệnh theo hộ khẩu