

PHỤ LỤC V

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

....., ngày..... tháng..... năm.....

ĐƠN XIN ĐIỀU TRỊ THAY THỂ NGHIỆN CÁC CDTP BẰNG THUỐC METHADONE

Tên tôi là Nam/Nữ.....

Sinh ngày:....., tại.....

Địa chỉ thường trú:

..... Điện thoại

Số CMTND:, cấp ngày/...../..... tại.....

Khi cần liên hệ với ai:

Địa chỉ:

Điện thoại:.....

Sau khi được tư vấn về ích lợi điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone và các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra trong quá trình điều trị, tôi xin tự nguyện tham gia điều trị và cam kết như sau:

1. Tuân thủ nghiêm túc các nội quy của cơ sở điều trị và các quy định chuyên môn trong việc tư vấn, khám chữa bệnh.
2. Không sử dụng bất cứ chất gây nghiện nào khác trong thời gian điều trị methadone như rượu, heroin, morphine, thuốc phiện, v.v...
3. Hàng ngày đến cơ sở điều trị uống thuốc methadone dưới sự giám sát trực tiếp của cán bộ cấp phát thuốc.

4. Thông báo cho nhân viên y tế những vấn đề mới phát sinh trong quá trình điều trị để được tư vấn kịp thời.

Nếu tôi vi phạm một trong các nội dung đã cam kết trên, tôi xin chịu kỷ luật do cơ sở điều trị methadone đề ra. Nếu xảy ra hậu quả xấu do vi phạm cam kết, tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm trước cơ sở điều trị và pháp luật.

**Đại diện gia đình người bệnh
hoặc người làm chứng**
(ký tên và ghi rõ họ tên)

Người bệnh
(ký tên và ghi rõ họ tên)