

# Consentimiento informado para la indicación de Analgésicos Opioides en el tratamiento del dolor crónico



Datos de identificación del paciente

FECHA:

D/Dña. ....,  
con DNI nº.....

## DECLARO:

Que se me ha informado sobre qué son los analgésicos opioides, para qué se utilizan y cuáles son los beneficios de tomar estos fármacos en mi caso, así como sobre cuáles son los posibles efectos secundarios que pueden aparecer (incluyendo tolerancia, abstinencia, sobredosis, adicción y aumento del dolor).

Que se me ha indicado mi plan de tratamiento, incluidas las instrucciones para el uso correcto de estos medicamentos y los signos de alerta y alarma que debo tener en cuenta para disminuir los riesgos asociados al uso de opioides.

Que he entendido toda la información y que he podido hacer todas las preguntas que he considerado oportunas sobre mi plan de tratamiento y he obtenido las respuestas adecuadas.

Que me han recomendado un periodo de reflexión de al menos 24 horas antes de aceptar el plan de tratamiento acordado, pudiendo negarme a iniciarlo si así lo considero oportuno.

**SÍ**     **NO**    **AUTORIZO Y CONSIENTO** libremente el inicio del procedimiento propuesto, que incluye el tratamiento con analgésicos opioides para intentar conseguir una mejoría del dolor, conociendo y asumiendo el riesgo potencial de complicaciones o efectos secundarios que puedan aparecer a lo largo de mi tratamiento con estos medicamentos, como específicamente se me ha informado. De conformidad con ello, firmo libremente el presente documento de consentimiento informado, después de haberlo leído y verificado.

Firma del paciente / representante legal

Firma del médico y n.º de colegiado