

TERAPEUTICKÁ SMLOUVA SUBSTITUČNÍ LÉČBA METADONEM/BUPRENORFINEM

Smlouva se uzavírá mezi pacientem/klientem a Substitučním centrem Plzeň poskytovatelem programu substituční léčby (provozovatel Spolek Ulice Plzeň)

Substituční centrum Plzeň zajistí:

- Pravidelné vydávání substituční látky dle právních předpisů 379/2005 a věstníku MZ 3/2008 o Standardu SL
- Poskytnutí konzultací v dohodnutých termínech
- Provádění revize průběhu programu dle aktuálního stavu klienta

Klient souhlasí a potvrzuje, že:

- Byl plně informován o průběhu substituční léčby a všech jejích rizicích.
- Bude dodržovat pravidla substitučního programu, která jsou součástí této smlouvy.
- Zdrží se užívání ilegálních drog a léků, které nebyly doporučeny lékařem.
- Byl poučen o rizicích interakce substituční látky s jinými látkami (alkohol, benzodiazepiny, opioidy či jiné tlumivé látky).
- Bude o účasti v programu substituční léčby informovat každého lékaře, se kterým přijde do kontaktu při poskytování zdravotní péče. Následně bude informovat lékaře Substitučního centra o poskytované zdravotní péči.
- Byl informován o rizikových činnostech při průběhu substituční léčby – jako je řízení dopravních prostředků, obsluha strojů, práce ve výškách, manipulace se zbraněmi.
- Že bude udržovat pravidelný kontakt s lékařem programu a sociální pracovníci v individuálně dohodnuté době.
- Substituční látku bude užívat sám a nebude ji distribuovat, ani se o ni dělit.

Obě strany souhlasí, že:

- Nebudou uplatňovat urážlivé ani výhrušné způsoby chování.
- Vážné porušení smlouvy může mít za následek ukončení substituční léčby.

Individuální podmínky:

- Klient/pacient je seznámen a souhlasí se snímáním kamerovým systémem. Kamerový systém je bez záznamu.
-
-
-

Klient/pacient souhlasí s poskytnutím osobních údajů do formuláře Národního registru léčených uživatelů drog (NRLUD), na základě zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), dále vyhlášky č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému a zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tento souhlas poskytují ze své svobodné vůle.

Dále souhlasí, že jím poskytnuté osobní údaje budou k dispozici dalším pracovníkům zařízení v rámci poskytování zdravotních a psychosociálních služeb Substitučního centra Plzeň.

Substituční centrum Plzeň umožňuje stáže odborníkům ze spolupracujících organizací a studentům, rozsah a podmínky stáží jsou upraveny smlouvou a povinnou mlčenlivostí. Klient/pacient souhlasí/nesouhlasí, aby stážisté měli možnost nahlížet do jeho dokumentace pod dohledem pracovníků SCP.

Klient/pacient souhlasím/nesouhlasím s tím, aby informace týkající se jeho osoby byly k dispozici lékařům a dalším odborníkům pro vědecké účely a to vždy v anonymní podobě, pokud nebude řešeno jinak.

Klient/pacient byl poučen o tom, že s osobními a zdravotními daty je nakládáno jako s důvěrnými, a že všichni zaměstnanci Substitučního centra Plzeň jsou vázáni povinnou mlčenlivostí.

Obě strany znají obsah této smlouvy a plně s ním souhlasí. Podepisují ji při plném vědomí, dobrovolně, po úvaze a s úmyslem dosáhnout jejího naplnění. Klient/pacient podpisem zároveň stvrzuje, že byl seznámen a obdržel Pravidla Substitučního centra Plzeň, byl seznámen s právy a povinnostmi klientů/pacientů.

Identifikační údaje klienta:

Příjmení: Jméno:..... Titul:..... RČ:.....

Zasílací adresa:.....

Podpis klienta/zákonného zástupce:.....

Podpis klienta s omezenou svéprávností:.....

V případě, že se klient/zákonný zástupce není schopen podepsat, svědek svým podpisem stvrzuje, že byl naplněn účel informovaného souhlasu.

Pro tyto účely uveďte důvod, proč není možný podpis klienta/zákonného zástupce:

Uveďte způsob, jakým byla projevena vůle klienta/zákonného zástupce:

Jméno, příjmení a podpis svědka:

Za provozovatele:

Jméno, funkce, razítko a podpis:

Jméno, funkce svědka, podpis:

V Plzni dne: