



قواعد المواد الخاضعة للرقابة وإقرار المريض

يلتزم موفرو خدمات الرعاية الصحية بشبكة Mosaic Healthcare ببذل كل ما في وسعهم لعلاج حالة الألم المزمن لدى المريض أو حالته الصحية السلوكية. في بعض الحالات، سيتم استخدام وصف المواد الخاضعة للرقابة لإدارة الألم المزمن للمريض أو لعلاج الحالات الصحية السلوكية.

يتم تنظيم المواد الخاضعة للرقابة بشكل صارم من قِبَل الوكالات المحلية والحكومية والفيدرية وتستخدم هذه الوثيقة لوضع قواعد لحماية كل من مريض Mosaic Health وموفر الرعاية الصحية التابع لشبكة Mosaic Health الذي وصف المواد الخاضعة للرقابة.

كمريض تابع لشبكة Mosaic Health، أنا _____ (الاسم بأحرف واضحة)،

المولود في، أقر بالقواعد التالية من أجل الحصول على مادة خاضعة للرقابة تم وصفها لي من قِبَل موفر الرعاية الصحية التابع لشبكة Mosaic:

1. أقر بأن جميع المواد الخاضعة للرقابة سيتم وصفها من قِبَل موفر الرعاية الصحية الخاص بي التابع لشبكة Mosaic. أفهم كذلك أنه في أثناء غيابه، قد يؤذن لموفر خدمات محدد بديل وتابع لشبكة Mosaic Health بوصف العلاج ما لم يتم الحصول على تصريح محدد لحالة استثنائية.
2. أقر بأنني لن أسعى للحصول على وصفات طبية للمواد الخاضعة للرقابة من أي موفر رعاية صحية آخر، بما في ذلك أطباء الأسنان، أثناء تلقي المواد الخاضعة للرقابة من Mosaic Health.
3. أقر بأنه لا يجوز قانوناً وصف نفس المادة الخاضعة للرقابة من قِبَل أكثر من موفر رعاية صحية واحد في نفس الوقت، وإذا كان ينبغي أن يحدث ذلك، فسوف أخبر موفر الرعاية الصحية التابع لشبكة Mosaic على الفور.
4. أقر بأنه لا يجوز قانوناً الحصول على وصفة طبية لمادة خاضعة للرقابة أو محاولة الحصول عليها عن طريق تحريف الحقائق عن قصد لخداع موفر الرعاية الصحية، أو موظفيه، أو حجب الحقائق عن قصد عن موفر الرعاية الصحية أو موظفيه (بما في ذلك عدم إبلاغ موفر الرعاية الصحية أو موظفيه بجميع المواد الخاضعة للرقابة التي تم وصفها لي).
5. أقر بأنه يجب أن أبلغ موفر الرعاية الصحية عن جميع الأدوية التي أتناولها أو التي اشتريتها أو حصلت عليها. وهذا يشمل الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية، لأن عدم القيام بذلك قد يؤدي إلى تفاعل الأدوية أو جرعات زائدة والتي يمكن أن تؤدي إلى إلحاق الضرر بي، بما في ذلك الوفاة.
6. أقر بأنه يجب عليّ الحصول على جميع المواد الخاضعة للرقابة من نفس الصيدلية وقد أعطيت هذه المعلومات إلى موفر الرعاية الصحية التابع لشبكة Mosaic أو أحد موظفي Mosaic Health. أقر كذلك أنه إذا كنت بحاجة إلى تغيير الصيدلية أو توفير صيدلية بديلة، فإنه يجب أن أخبر موفر خدمات Mosaic Health على الفور.
7. أقر بأنني لن أشارك أو أبيع أو أسمح للآخرين، بمن فيهم زوجي أو أفراد أسرتي، بالحصول على أي مواد خاضعة للرقابة تم وصفها لي.
8. أقر بأنني سوف أتعاون مع الطلبات غير المعلنة للحصول على عينات من البول والمصل للكشف عن السموم (اختبارات العقاقير) في غضون يوم عمل واحد.
9. أقر بأنه قد يتم إبعادي من ممارسات Mosaic Health إذا



- تم العثور على مادة غير مصرح بها في فحوصات البول أو المصل للكشف عن السموم في الدم (اختبارات العقاقير) أو إذا كان الدواء الموصوف الخاضع للرقابة غير موجود في فحص البول/المصل للكشف عن السموم.
10. **أقر** بأنني لن أتعاطى الكحول بالتزامن مع المواد الخاضعة للرقابة.
 11. **أقر** بأنني لن أستخدم أو أشتري أو أحصل على أي أدوية قانونية أخرى باستثناء ما هو مصرح به على وجه التحديد من قِبل موفر الرعاية الصحية التابع لـ Mosaic. **أقر** بأنني لن أتعاطى أو أشتري أو أحصل على أي عقاقير غير مشروعة، بما في ذلك الماريجوانا والكوكايين، إلخ.
 12. **أقر** بأن القيادة تحت تأثير أي مادة، بما في ذلك المواد الخاضعة للرقابة، أو أي مجموعة من المواد (مثل الكحول والعقاقير الموصوفة طبيًا) التي تضعف قدرتي على القيادة، قد تؤدي إلى اتهامات بالقيادة تحت تأثير المخدرات أو الإصابة أو الوفاة.
 13. **أقر** بأنه لا يجوز استبدال وصفات المواد الخاضعة للرقابة المكتوبة إذا فُقدت أو سُرقت أو أصابها البلل أو أتلقت أو استخدمت لغير غرضها ما لم يُقدم دليل مكتوب صريح بأدلة مباشرة من السلطات القانونية.
 14. **أقر** بأنه لن يتم التصريح بعمليات إعادة التعبئة المبكرة.
 15. **أقر** بأن التجديدات تستند إلى الحفاظ على مواعيدي المقررة مع موفر الرعاية الصحية التابع لـ Mosaic أو موفر الرعاية الصحية الذي تمت إحالتي إليه للحصول على رعاية متخصصة.
 16. **أقر** بأنني يجب ألا أطلب الوصفات الطبية هاتفياً بعد انتهاء ساعات العمل أو في عطلة نهاية الأسبوع من خلال خدمة الرد لأنه لن يتم ملؤها.
 17. **أقر** بأنه إذا تم اعتقالني أو سجنني فيما يتعلق بالعقاقير المشروعة أو غير المشروعة (بما في ذلك الكحول)، فلن تتم إعادة ملء أو تجديد المواد الخاضعة للرقابة.

وكمريض تابع لـ Mosaic Health، **أقر** بأن عدم الالتزام بهذه القواعد سيؤدي إلى إنهاء وصف المواد الخاضعة للرقابة والإبعاد المحتمل عن جميع ممارسات Mosaic Health. **أقر كذلك** بأنه سيتم الاتصال بمسؤولي إنفاذ القانون بسبب عدم امتثالي للقوانين المحلية أو قوانين الولايات أو القوانين الاتحادية.

أخيراً أقر من خلال توقيعني أدناه بأنني لست تحت تأثير الكحول أو المخدرات وأن لدي كامل الحق والسلطة للتوقيع على هذه القواعد والالتزام بها، وأنني قرأتها وفهمتها وقبلتها وحصلت على نسخة منها.

توقيع المريض	التاريخ
توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني المريض غير قادر على التوقيع أو قاصراً)	صلة القرابة بالمريض (إذا كان
توقيع الشاهد من موظفي Mosaic Health	التاريخ