



9920 West Cheyenne Ave., Ste. 110, Las Vegas, NV 89129
9065 S. Pecos Rd., Ste. 230, Henderson, NV 89074
501 S. Rancho Dr., Ste. G-44, Las Vegas, NV 89106

P: (702) 316-2281
F: (702) 316-2272
PainFreeNevada.com

親愛的患者，

請務必按時赴約與醫師會面。如果您未準時到達，我們將重新安排您的時間。

請在預約時間前列印並完成所有這些文件並隨身攜帶。另請攜帶以下物品：

- 您的所有相關醫療記錄(除非轉診醫生已將其傳真至我們的辦公室)
- MRI, X光或CT掃描片
- 帶照片身分證
- 健康保險卡
- 您目前正在服用的所有藥物處方瓶。
- 當您在我們的辦公室辦理登記時,請準備好支付您的共付額或自付額。您有責任依照保險公司的要求支付共付額費用。共付額將在您辦理登記手續之前被收取。

請瞭解，如果您的文書工作不完整或您未準時赴約，您可能會被重新安排。如需前往我們辦公室的路線，請造訪我們的網站 painfreenevada.com。

如果您有任何疑問，請隨時致電 (702) 316-2281 聯絡我們的辦公室。

真摯地，

Innovative Pain Care Center



登記表格

患者資訊			
日期		轉診醫師	
<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 小姐 <input type="checkbox"/> 夫人 <input type="checkbox"/> 女士	姓氏	名	中間名首字
出生日期	年齡	社會安全號碼	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶			
街道地址			
城市		州	郵遞區號
電話		手機號碼	
首選聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 簡訊 <input type="checkbox"/> 電子郵件:			
我們可以留語音信箱嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
我們可以給家人/其他人留言嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
就業資訊			
雇主		手機號碼	
街道地址			
城市		州	郵遞區號
保險資訊			
主要保險		保單開始日期	
會員/保單#		保險團體名稱/號碼	
保單持有人姓名		社會安全號碼	出生日期
保單持有人的雇主		與患者的關係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他	
第二保險		保單開始日期	
會員/保單#		保險團體名稱/號碼	
保單持有人姓名		社會安全號碼	出生日期
保單持有人的雇主		與患者的關係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他	
在緊急情況下			
姓名		與患者的關係	電話

轉讓和釋放

我了解，無論我擁有什麼保險，因醫療產生的任何及所有費用均是我的全部和最終責任。了解我的保險範圍的指導方針最終是我的責任。如果我的保險不提供福利或提供減少的福利和/或我沒有及時向保險公司提供所需的信息，我將在經濟上負責支付依商定費用表上的費用。

我同意支付所提供的所有服務的費用。如果需要催收機構的服務，我進一步同意支付催收機構費用（35%）和每月 1.5% 或每年 18% 的利息，直到償還債務為止。我進一步同意支付與追收任何未償債務相關的所有法律費用，法庭費用和合理的律師費。我的帳單中將添加 75.00 美元的費用（每次事件）用於轉存或退回支票。

我，以下簽名者，將醫療保險公司可能支付給我的任何醫療福利直接轉讓給 **Innovative Pain Care Center**，以支付我所接受的服務的費用。我明白，無論是否由我的保險支付，我都對所有費用承擔財務責任。我特此授權醫生釋放所有必要資訊以確保獲得福利和/或進一步醫療治療的支付。我授權在我所有的保險申請中使用這個簽名，無論是手動還是電子申請。

患者或責任方簽名

日期

注意:在見醫生之前,必須填寫所有部分。請在每頁上提供的空間寫下你的名字

患者姓名 _____ 日期 _____

出生日期 _____ 年齡 _____ 職業 _____

初步疼痛評估

回答下列問題將有助於你的醫生更好理解和你的疼痛和治療

- 您是否正在接受勞工保險? 是 否
- 您的病症或是受傷是否與車禍有關? 是 否
- 您的病症是否與其他事故/傷害有關? 是 否
- 您有律師辦理傷害賠償? 是 否
- 您的醫療費用是否有律師全額包辦? 是 否
- 您是否有對於您的疼痛問題的殘障索賠? 是 否
- 您目前懷孕了嗎? 是 否 不適用
- 您現在有工作嗎? 是 否
- 什麼是您目前的工作,是對體能要求很高的工作或久坐的工作?

如果沒有就業,什麼是您的工作狀態?

待業中 退休 殘障 家庭照顧者

從哪一天開始 _____

主要疼痛/症狀 (您在這裡的原因):

請選擇: 右撇子 左撇子

疼痛何時開始 (日期) _____ (如果與工作有關,則為您受傷或發生事故的日期。)

您覺得什麼原因造成你的疼痛? 疼痛怎麼開始的? _____

自疼痛開始以來,您的疼痛程度是否增加,減輕或保持不變?

勾選每個日常功能最合適的答案。每題僅選出一個答案。

您可以坐多久? < 15 分鐘 15-30 分鐘 30-45 分鐘 1-2 小時 2-4 小時 > 4 小時

您可以站多久? < 15 分鐘 15-30 分鐘 30-45 分鐘 1-2 小時 2-4 小時 > 4 小時

您可以坐汽車多久? < 15 分鐘 15-30 分鐘 30-45 分鐘 1-2 小時 2-4 小時 > 4 小時

您可以走多遠? < 1 條街 1 條街 1-2 條街 2-3 條街 3-4 條街 > 4 條街

不痛的狀態下, 您可以提多

重的東西? < 5 磅 5-10 磅 10-20 磅 20-40 磅 40-60 磅 > 60 磅

請勾選哪項日常活動使疼痛增加 (可重複勾選)。

行走 站立 坐下 躺下 搬東西 其他 _____

什麼使疼痛減輕? (可重複勾選)。

熱 冷 坐下 躺下 藥物 其他 _____

請勾選疼痛影響日常活動程度指數。

輕微 中度 嚴重

日常活動

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
沒有干擾 完全干擾

平常工作

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
沒有干擾 完全干擾

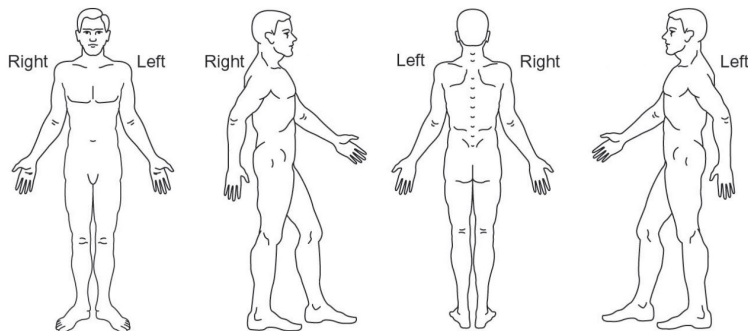
睡眠

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
沒有干擾 完全干擾

治療目標: 您希望恢復到什麼程度? _____

疼痛部位

請在下列圖示中, 圈出疼痛部位. 最痛地方請打X.



患者姓名

日期

病史

您是否嘗試過物理治療, 脊椎矯正, 按摩療法或針灸療法? 是 否

如果是, 請列出日期和結果:

既往疼痛相關手術/治療史

您過去接受過哪些疼痛治療? (例如, 止痛藥, 背部手術, 硬膜外類固醇注射等)。如果不知道確切日期, 請列出大致的月份/年份。不要在此包含當前服用的藥物。

檢查治療旁邊的數字, 表示所提供的疼痛緩解量。

既往治療或藥物治療	治療日期	無緩解										完全緩解										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<hr/>	<hr/>																					
<hr/>	<hr/>																					
<hr/>	<hr/>																					

目前的藥物治療

藥局名稱

 電話號碼

藥局地址

1. 請列出所有當前使用的止痛藥 (鴉片類藥, 麻醉類藥, 肌肉鬆弛劑, 抗抑鬱藥, 抗癲癇藥, 消炎藥和睡眠劑。) 請註明每天劑量&處方醫生姓名

藥物名稱	劑量 (mg)	每天用量	處方醫生姓名
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

2. 請列出所有其他現有藥物, 請註明每天劑量&處方醫生姓名。如有必要, 請使用單獨的一張紙。

藥物名稱	劑量 (mg)	每天用量	處方醫生姓名
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

患者姓名

日期

您目前是否服用任何血液稀釋藥物? 是 否

如果有, 請註明血液稀釋藥物名稱 _____
(Warfarin, Aspirin, Xarelto, Coumadin, 等)

您是否有過X射線, CT掃描, MRI (磁共振掃描)或神經測試?如果有, 請列出測試名稱,日期和身體部位.

藥物過敏史

您有對任何藥物過敏嗎? 是 否

如果有, 請列出藥物名稱和過敏反應

藥物名稱

何種過敏反應

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

手術史(於疼痛無關的)

您之前接受過那些與疼痛治療無關的手術? 請盡量註明手術的日期(月份和年份).

手術名稱

日期

_____	_____
_____	_____
_____	_____

患者姓名

日期

_____	_____
-------	-------

家庭歷史/資料

父母: 父親還健在? 是 否 母親還健在? 是 否

您抽煙嗎? 是 否 如果是, 一天抽幾根? _____

您喝酒嗎? 是 否 如果是, 一星期喝幾杯? _____

您曾經酗酒或藥物成癮的問題嗎 是 否

病史

如果您或您的家庭成員目前患有或曾經患有以下病症, 請打「✓」:
 請在所提供的空白處酌情列出其他家庭成員(例如「兄弟」,「叔叔」)。

病症	自己	父親	母親	其他家庭成員	列出其他家庭成員
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
高血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心臟 - 二尖瓣脫垂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心悸, 心律不整或心跳加快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
其他心臟病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
中風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
氣喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
肺結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
氣腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
鎌狀細胞疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
其他血液疾病/問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
腎臟疾病或問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
黃疸或肝炎(甲型, 乙型或丙型) (請註明)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
其他肝臟疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
膽囊問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
腦膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
甲狀腺問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
癌症 (請註明)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
其他未提及的嚴重疾病(帶狀皰疹, 多發性硬化症等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
說明:					

患者姓名 _____

日期 _____

疼痛管理問卷

以下是 Innovative Pain Care Center 向正在使用或考慮使用鴉片類藥物治療疼痛的所有患者提出的一些調查。有 3 個部分需要完成。請盡可能誠實地回答每個問題。此資訊僅供我們參考，並將予以保密。您的回答本身並不能決定您的治療方法。謝謝。

第 1 部分(共 3 部分): 鴉片類藥物風險工具

請根據您的性別填寫一欄，如果您的答案是“是”，請勾選該欄中的數字。

標記每個適用的框	女性	男性
您是否有家庭成員目前或過去濫用以下:		
酒精	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
非法藥物	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
處方藥物	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
您目前或過去是否濫用以下:		
酒精	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
非法藥物	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
處方藥物	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
您的年齡在 16 歲到 45 歲之間?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
您在 16 歲前曾經歷過性虐待?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
您是否有以下心理疾病:		
注意力缺陷障礙, 強迫症, 雙向情感障礙或精神分裂症	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
憂鬱症總得分	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
總得分		

患者簽名 _____

患者姓名 _____

日期 _____

姓名 _____ 出生日期 _____ 今天日期 _____

第 2 部分(共 3 部分): 患者健康問卷 - 9 (PHQ-9)

在過去 2 週內，您是否經常被以下問題困擾？ (用 “√” 表示你的答案)	沒有	有幾天	每一兩天	幾乎每天
對做事缺乏興趣或樂趣	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
情緒低落, 沮喪或絕望	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
入睡困難, 睡眠不穩或睡眠過多	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
感覺疲倦或沒有精力	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
食慾不佳或暴飲暴食	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
對自己感覺不好, 或覺得自己很失敗, 或讓自己 或家人失望	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
難以集中注意力, 例如看報紙或看電視	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
動作或說話太慢以至於其他人可能會注意到? 或者相反: 煩躁或焦躁不安, 以至於您比平常 走動更多	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
自殺的念頭或想以某種方式傷害自己的想法	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

辦公室用編碼 0 + _____ + _____ + _____

總得分 _____

如果您勾選了任何問題, 這些問題對您的工作, 處理家庭事務或與他人相處有多大困難?

一點也不難 有點困難 非常困難

姓名 _____ 出生日期 _____ 今天日期 _____

以下是向 **Innovative Pain Care Center** 正在使用或正在考慮使用鴉片類藥物治療疼痛的所有患者提出的一些問題。請盡可能誠實地 回答每個問題。此資訊僅供我們記錄，並將予以保密。您的回答本身並不能決定您的治療方法。

(用 “✓” 表示你的答案)

第 3 部分(共 3 部分): SOAPP-R	從不	很少	有時	經常	很經常
您多久會出現情緒波動?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您是否經常感到需要更高劑量的藥物來治療疼痛?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您是否經常對醫生感到不耐煩?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您是否經常感到事情太難以承受而無法處理?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
家裡常常有緊張的氣氛?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您多久清點一下止痛藥，看看還剩下多少?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您是否經常擔心人們會因為您服用止痛藥而評判您?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您多久會感到無聊?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您多久服用超過處方或過量的止痛藥?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您有多少次擔心被獨自留下?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您有多少次感到對藥物的渴望?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
其他人多久對您使用藥物表示擔憂?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您親密的朋友有多少次出現酗酒或吸毒問題?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
有多少次別人告訴你你脾氣不好?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

姓名 _____ 出生日期 _____ 今天日期 _____

续。第 3 部分(共 3 部分): SOAPP-R	從不	很少	有時	經常	很經常
您是否經常覺得需要服用止痛藥?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您多久會提前用完止痛藥?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
有多少次別人阻止你得到你應得的東西?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
在您的一生中, 您有多少次遇到法律問題或被逮捕?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您多久參加酗酒或藥物的諮詢會?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
你有多少次因為爭吵而失控以致有人受傷?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您遭受性虐待的頻率有多少?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
其他人多久一次認為您有吸毒或酗酒問題?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您是否經常需要向家人或朋友借用止痛藥?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
您多久因酗酒或藥物濫用問題接受治療?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

SOAPP 得分 _____

受管制藥物調查問卷

問題	是	否	不適用
您是否曾以非處方方式使用過受管制藥物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否曾經將受管制藥物轉移給另一個人?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否曾經服用過未達預期效果的管制藥物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您目前是否使用任何藥物，包括酒精或大麻?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否使用任何可能與受管制藥物產生負面交互作用的藥物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否使用任何非您的治療醫生開的處方藥物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否曾嘗試過提前補充受管制藥物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否曾聲稱受管制藥物遺失或被竊?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否曾被詢問過關於您的藥局報告或處方監控計劃(PMP)報告?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否曾經有過血液或尿液檢查裡顯示藥物使用不當?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否曾被指控行為不當或中毒?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否曾在未告知您的醫療服務提供者的情況下增加藥物劑量或頻率?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您在停止使用受管制藥物時是否曾經遇到困難?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否曾要求開立受管制藥物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否曾拒絕配合任何醫療檢測或檢查?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您曾經有過任何形式的藥物濫用史嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的健康狀況是否有任何可能影響您的藥物治療的變化?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否濫用藥物或對藥物上癮，或未遵守指示?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的醫師在開處方前還應考慮其他因素嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

患者簽名

患者姓名

日期

頸部疼痛和殘疾問卷

透過圈選一個數字來評估疼痛的嚴重程度: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(不痛) (難以忍受的疼痛)

這份問卷旨在向醫生提供有關您的頸部疼痛如何影響您處理日常生活的能力的資訊。通讀每一句話並僅勾選適用於您的一句話。您可能會發現某個部分中的兩個陳述與您相關,但請僅勾選最能描述您當前困境的一句話。

第1部分 - 疼痛強度

- 我現在沒有疼痛。
- 目前疼痛非常輕微。
- 目前疼痛為中度。
- 目前疼痛相當嚴重。
- 目前疼痛非常劇烈。
- 疼痛是目前可以想像到的最嚴重的疼痛。

第2部分 - 個人護理(洗滌, 穿衣等)

- 我可以正常照顧自己,不會造成額外的疼痛。
- 我可以正常照顧自己,但這會導致額外的疼痛。
- 我行動慢而謹慎,因為照顧自己對我來說很痛苦。
- 我需要一些幫助,但可以照顧我大部分的個人護理。
- 我每天在護理的大多數方面都需要幫助。
- 我不換衣服,洗澡困難,常常躺在床上。

第3部分 - 舉重

- 我可以舉起重物而不會感到額外的疼痛。
- 我可以舉起重物,但這會導致額外的疼痛。
- 我無法將重物從地板上提起,但如果它們位置方便,我可以做到,例如一張桌子。
- 我無法將重物從地板上提起,但如果它們位置方便,我可以舉起輕到中等的重量。
- 由於頸部疼痛,我無法舉起任何重量。

第4部分 - 閱讀

- 我可以想讀多少就讀多少,脖子不會感到疼痛。
- 我可以隨心所欲地閱讀,但頸部有輕微疼痛。
- 我可以隨心所欲地閱讀,但頸部有中度疼痛
- 由於頸部中度疼痛,我無法隨心所欲地閱讀。
- 由於頸部嚴重疼痛,我幾乎無法閱讀。

第5部分 - 頭痛

- 我一點也不頭痛。
- 我有輕微的頭痛,但很少發生。
- 我有中度頭痛,但很少發生。
- 我常出現中度頭痛。
- 我常常感到劇烈頭痛。
- 我一直頭痛得很厲害。

第6部分 - 專注力

- 當我想要的時候,我可以毫無困難地完全專注。
- 在我想要時,我可以全神貫注地集中注意力,但會有輕微困難。
- 我在想要集中注意力時有相當大的困難。
- 我在想要時集中注意力有很大困難。
- 我根本無法集中注意力。

第7部分 - 工作

- 我可以做我想做的任何工作。
- 我只能完成我的平常工作, 不能再做其他事情
- 我只能完成大部分的平常工作, 但不能再做更多。
- 我不能完成我平常的工作。
- 我幾乎不能完成任何工作。
- 我完全不能完成任何工作。

第8部分 - 駕駛

- 我可以開車而不會感到頸部疼痛。
- 我可以隨心所欲地駕駛汽車, 但頸部有輕微疼痛。
- 我可以隨心所欲地開車, 但頸部有中度疼痛。
- 我不能隨心所欲地開我的車。
- 由於嚴重的頸部疼痛, 我幾乎無法開車。
- 我根本無法開車。

第9部分 - 睡眠

- 我的睡眠沒有問題。
- 我的睡眠有點受到干擾。(失眠時間少於1小時)
- 我的睡眠受到輕微幹擾。(1小時失眠)
- 我的睡眠受到中度幹擾。(2至3小時失眠)
- 我的睡眠受到很大干擾。(4至5小時失眠)
- 我的睡眠完全受到干擾。(6至7小時失眠)

第10部分 - 娛樂

- 我能夠從事所有娛樂活動而不會出現頸部疼痛。
- 我能夠參加所有的娛樂活動, 但頸部有些疼痛
- 我能夠參加大多數但不是全部的日常娛樂。
- 我能夠參加一些平常的娛樂活動。
- 我幾乎不能做任何娛樂活動。
- 由於頸部疼痛, 我無法進行任何娛樂活動。

患者簽名

患者姓名

日期

由辦理人員填寫

_____ x2 =
總分

_____ 殘疾百分比

_____ 評分級別

奧斯沃斯特里腰部殘疾問卷

這份問卷旨在向我們提供有關您的背部或腿部疼痛如何影響您日常生活管理能力的資訊。請在每個部分中勾選一個方塊來回答最適合您的陳述。我們意識到您可能認為任一部分中有兩個或多個陳述適用，但請僅勾選將一個最清楚地描述您的問題的陳述。

第1部分 - 疼痛強度

- 我現在沒有疼痛。
- 目前疼痛非常輕微。
- 目前疼痛為中度。
- 目前疼痛相當嚴重。
- 目前疼痛非常劇烈。
- 疼痛是目前可以想像到的最嚴重的疼痛。

第2部分 - 個人護理(洗滌, 穿衣等)

- 我可以正常照顧自己, 不會造成額外的疼痛。
- 我可以正常照顧自己, 但這會導致額外的疼痛。
- 我行動慢而謹慎, 因為照顧自己對我來說很痛苦。
- 我需要一些幫助, 但可以照顧我大部分的個人護理。
- 我每天在護理的大多數方面都需要幫助。
- 我不換衣服, 洗澡困難, 常常躺在床上。

第3部分 - 舉重

- 我可以舉起重物而不會感到額外的疼痛。
- 我可以舉起重物, 但這會導致額外的疼痛
- 我無法將重物從地板上提起, 但如果它們位置方便, 我可以做到, 例如一張桌子。
- 我無法將重物從地板上提起, 但如果它們位置方便, 我可以舉起輕到中等的重量。
- 我可以舉起很輕的重量。
- 由於頸部疼痛, 我無法舉起任何重量。

第4部分 - 行走

- 疼痛並不妨礙我走任何距離。
- 疼痛使我無法行走超過 1 英里。
- 疼痛使我無法行走超過 1/2 英里。
- 疼痛使我無法行走超過 100 碼。
- 我只能使用手杖或拐杖行走。
- 我大部分時間都在床上。

第5部分 - 坐

- 我可以長時間坐在任何椅子上。
- 我只能長時間坐在我喜欢的椅子上。
- 疼痛使我無法坐超過一小時。
- 疼痛使我無法坐超過 30 分鐘。
- 疼痛使我無法坐超過 10 分鐘。
- 疼痛讓我根本無法坐下。

第6節 - 站立

- 我可以站立多久都不會有額外的疼痛
- 我可以站立多長時間都可以,但會帶來額外的疼痛。
- 疼痛使我無法站立超過 1 小時。
- 疼痛使我無法站立超過 30 分鐘。
- 疼痛使我無法站立超過 10 分鐘。
- 疼痛讓我根本無法站立。

第 7 部分 - 睡眠

- 我的睡眠從來不會因為疼痛而受到干擾。
- 我的睡眠偶爾會因疼痛而受到干擾。
- 由於疼痛,我的睡眠時間不足 6 小時。
- 由於疼痛,我的睡眠時間不足 4 小時。
- 由於疼痛,我的睡眠時間不足 2 小時。
- 疼痛讓我根本無法入睡。

第 8 部分 - 性生活(如果適用)

- 我的性生活正常,沒有引起額外的疼痛。
- 我的性生活正常,但導致一些額外的疼痛。
- 我的性生活幾乎正常,但非常痛苦。
- 我的性生活受到疼痛的嚴重限制。
- 由於疼痛,我的性生活幾乎沒有。
- 疼痛完全阻止任何性生活。

第9 部分 - 社交生活

- 我的社交生活很正常,沒有為我帶來額外的東西疼痛。
- 我的社交生活正常,但会增加疼痛的程度。
- 除了限制我更有活力的興趣(例如運動)之外,疼痛對我的社交生活沒有明顯影響。
- 疼痛限制了我的社交生活,我不再經常外出。
- 疼痛將我的社交生活限制在家中。
- 由於疼痛,我沒有社交生活。

第10部分 - 旅行

- 我可以無痛地到處旅行。
- 我可以去任何地方旅行,但會有額外的疼痛。
- 疼痛很嚴重,但我能堅持兩個多小時的旅程。
- 疼痛限制了我的行程不得超過一小時。
- 疼痛限制我只能進行 30 分鐘內的短途必要行程。
- 疼痛阻止了我除了接受治療之外的行程。

管制藥物治療疼痛的處方藥物協議

內華達州法律要求, 如果患者要繼續使用受管制藥物治療疼痛超過 30 天, 則必須簽署「處方藥物協議」。我了解本協議將每 365 天更新一次, 或如果我的治療計劃發生變化。我了解嘗試減輕疼痛是我的責任, 並且使用受控藥物治療疼痛還附帶一些額外的責任, 我的醫生已讓我意識到這一點。本協議的目的是幫助我和我的醫生遵守法律。

(請在下面簽名以表明您瞭解本文檔的所有部分。)

1. 我了解我的整體治療計劃, 並且了解疼痛治療的目標, 包括適當使用受管制藥物。

- 我已經與 Innovative Pain Care Center 的醫生: Dr. Daniel Burkhead, Dr. Ho Dzung, Dr. Willis Wu, Dr. Ryan West, Michael Eastman, PA-C, Michael Scott, PA-C, Neil Jones, PA-C 討論了我的治療計劃以及我對整體治療計劃和治療目標有很好的了解。我的醫生有討論了其他可能不包括受控藥物的替代療法來治療我的疼痛, 我們共同決定連續使用受控藥物超過 30 天可能會對我的疼痛治療有所幫助。我可能繼續服用受管制藥物; 包括鴉片類藥物。
- 我理解我的疼痛管理治療的目標之一可能是盡量減少或停止使用受管制藥物。我的醫生可能會建議逐漸減少或停止使用受管制藥物的原因有很多。其中一些原因可能包括但不限於: 透過其他手段減輕疼痛症狀, 出現或發展出副作用, 出現任何濫用, 誤用, 不當轉移或成癮的跡象, 拒絕遵守診斷研究或治療計劃的其他方面, 試圖從其他醫生處取得藥物, 使用非法藥物或可能與受管制藥物相互作用的其他藥物, 或醫生認為減少或停止使用受管制藥物對我是最有利的任何其他原因。
- 我了解如何正確使用處方中的受管制藥物, 我同意按照指示服用藥物, 並且不偏離醫生所寫處方的參數。我將妥善保管藥物, 並將其放在兒童接觸不到的地方, 並妥善處理未使用的藥物。
- 我了解受管制藥物可能會引起某些可能危險的反應或副作用, 包括嗜睡或意識缺乏, 便秘, 噁心, 發癢, 過敏反應, 無法清晰思考, 反應減慢, 呼吸減慢或停止, 以及可能致命的過量。由於這種過量服用致命的風險, 解毒劑納洛酮 (Narcan®) 無需處方即可在藥房購買。
- 我明白在服用這些藥物期間, 駕駛汽車, 操作機械或照顧其他人可能不安全。如果我感到昏昏沉沉, 困惑或受到這些藥物的其他影響, 我不應該做會使其他人受傷的事情。
- 我理解超過30天使用受管制藥物治療疼痛所涉及的風險和好處, 包括濫用, 誤用, 耐受性, 依賴性和成癮的風險。

2. 我有責任遵守我的治療計畫。

- 我會保持並準時出席與我的醫生預約的所有安排。

- 我明白處方藥物只會在預定的辦公室訪問時提供, 而且我有責任確保我已經安排了處方補充的預約 (通常提前30天)。我知道需要提前5-7天通知才能安排處方補充的預約。我不會在預約之間, 夜間或週末打電話嘗試獲取處方補充。
 - 我知道我的藥物是我的責任, 如果丟失或被盜, 藥物將不會在我的下一次預約之前被補充, 甚至可能不會被補充。
 - 我會始終尊重辦公室工作人員, 如果對工作人員不禮貌或打擾他人護理, 我可能會被要求離開。
 - 如果我的疼痛治療超過90天, 我知道根據內華達州法律, 我將被要求完成我對受管制藥物濫用, 誤用或不當轉移的風險評估。
- 3. 我有責任向我的醫生傳達重要訊息。**
- 我同意告知我的醫生我過去是否服用過受管制藥物, 以及它是否達到了預期效果。在配藥或服用該藥物之前, 如果其他醫療提供者曾向我開過受管制藥物的藥物, 我也會通知我的醫生。
 - 如果我使用酒精, 大麻或任何其他違禁藥物, 我會通知我的醫生。
 - 如果我曾經因與使用受管制藥物有關的副作用或併發症而接受過治療, 我會通知我的醫生。
 - 如果我或我的家人有精神疾病或濫用酒精或其他藥物的問題, 我會通知我的醫生, 因為這可能會使我面臨更大的上癮風險。我還將告知我的醫生我的健康狀況的任何變化, 新開的任何藥物或可能影響我使用受管制藥物的任何其他情況。
- 4. 我明白我被嚴格禁止與任何人分享受管制藥物, 或將藥物提供或出售給任何其他人。**
- 5. 我了解, 作為我的治療監測的一部分, 我的醫生可能會酌情要求定期進行體液檢測 (尿液, 血液, 唾液等)。當我的醫生認為有必要時, 我將同意進行此類監控。**
- 我同意在接到聯繫後 24 小時內前往診所進行此類監測和測試, 如果我拒絕或無法這樣做, 那麼可以根據醫生的判斷停止我使用受管製藥物的治療。
 - 我同意在被聯繫後24小時內將我目前服用的所有藥物帶到辦公室, 以便我的醫生進行藥丸計數。
- 6. 我同意簽署一份釋放表格, 允許我的醫生取得其他診所的記錄, 並與其他醫生討論我目前的或先前的醫療照護。**
- 我有責任向辦公室或診所提供我當前和更新的聯絡訊息, 以方便溝通。
 - 我將及時付清辦公室的任何帳單, 並且我將通知辦公室我的健康保險或付款方式的任何變更。我同意在提供服務時支付我的保險公司要求的自付或共同保險費。
 - 我授權我的醫生和我的藥局與任何城市, 州或聯邦執法機構充分合作, 包括但不限於緝毒局, 州藥局委員會或州醫療, 牙科或護理委員會。

7. 我同意只從一個藥房購買所有處方藥。我的藥局是：

藥局名稱 _____ 電話號碼 _____

藥局地址 _____

8. 我了解內華達州法律要求我提供我之前居住過或曾開過管制藥物處方的每個州的清單。 以下是此的清單：

_____	_____
_____	_____
_____	_____

9. 我了解,如果我違反本協議的任何部分,那麼我可能會被拒絕獲得受管制藥物的處方,並且我可能會被從診所移除。

我已閱讀並理解上面寫的每一個陳述,並有機會得到我所有問題的解答。透過簽署,我同意遵守處方藥物協議的規則,同時繼續接受受管制藥物處方來治療我的疼痛狀況。

_____	_____	_____
患者簽名	患者姓名	日期

_____	_____	_____
患者/監護人簽名	患者/監護人姓名	日期

管制藥物治療疼痛的書面知情同意書

內華達州法律要求在初次處方配受管制藥物來治療患者的疼痛之前，必須獲得患者的知情同意。我理解，嘗試減輕我的疼痛是我的責任，而使用受管制藥物治療疼痛也帶來了一些額外的責任，我的醫生已經讓我意識到了這一點。本協議的目的是幫助我和我的醫生都遵守法律。

(請在下面簽名以表明您瞭解本文檔的所有部分。)

1. 我有責任遵守我的醫生的治療計劃。這包括正確使用受管制藥物，按照處方使用藥物，並按照醫生的指示服藥。
 - 我已經與 Innovative Pain Care Center 的醫生: Dr. Daniel Burkhead, Dr. Ho Dzung, Dr. Willis Wu, Dr. Ryan West, Michael Eastman, PA-C, Michael Scott, PA-C, Neil Jones, PA-C 討論了我的治療計劃以及我對整體治療計劃和治療目標有很好的了解。我可能會被開立受管制藥物的處方，包括鴉片類藥物。我的醫生有討論了這些藥物的具體風險和益處以及治療我的疼痛的其他可能不包括受控藥物的替代療法，我們共同決定使用受控藥物可能會對我的疼痛治療有所幫助。
 - 我了解如何正確使用處方中的受管制藥物，我同意按照指示服用藥物，並且不偏離醫生所寫處方的參數。
 - 我明白在服用這些藥物期間，駕駛汽車，操作機械或照顧其他人可能不安全。如果我感到昏昏沉沉，困惑或受到這些藥物的其他影響，我不應該做會使其他人受傷的事情。
 - 我了解我的醫生處理任何處方補充請求的流程。
 - 如果我的疼痛治療超過90天，我知道根據內華達州法律，我將被要求完成我對受管制藥物濫用，誤用或不當轉移的風險評估。
2. 我有責任了解使用受管制藥物的風險和好處，包括成癮的可能性。
 - 對於治療疼痛使用受管制藥物存在潛在的風險和好處，我理解我被開立的處方藥物的風險和好處。
 - 我可能會經歷某些可能危險的反應或副作用，包括嗜睡或意識缺乏，便秘，噁心，發癢，過敏反應，無法清晰思考，反應減慢，呼吸減慢或停止。
 - 受管制藥物還包括耐受性的風險，即我的身體可能會逐漸習慣原始劑量的藥物，進而可能需要增加劑量才能獲得相同的效果。如果發生，這是我必須與我的醫生討論的情況。
 - 我了解我可能會對這些受管制藥物產生身體依賴性，如果我突然停止用藥，我可能會出現戒斷症狀。戒斷症狀表現為類似流感症狀，噁心，嘔吐，腹瀉，出汗，身體疼痛，肌肉痙攣，流鼻水，焦慮和睡眠中斷。
 - 我了解受管制藥物有成癮風險。如果我無法控制藥物的使用，那麼我可能會被轉介接受成癮治療。
 - 我了解受管制藥物有服用過量致命的風險。如果服用過多的藥物，或者該藥物與其他可能改變我的意識水平的藥物(包括酒精和大麻)一起使用，這種風險就會增加。

- 由於使用受管制藥物可能導致致命過量的風險，鴉片類藥物過量的解毒劑納洛酮 (Narcan®) 無需處方即可購買，我可以隨時從藥劑師那裡獲得這種藥物。
- 我已了解到，我可以使用一些旨在阻止濫用的受管制藥物，而這些藥物有風險和益處。

3. 我有責任向我的醫生傳達重要訊息。

如果我或我的家人有精神疾病或濫用酒精或其他藥物的問題，我會通知我的醫生，因為這可能會使我面臨更大的上癮風險。我也會告知我的醫生我的健康狀況的任何變化或任何其他可能影響我用藥的情況。

4. 我有責任以適當的方式儲存和丟棄受管制藥物。

受管制的處方藥物應始終存放在安全的地方，放在孩子和其他家庭成員無法觸及的地方。為了安全地丟棄未使用的藥物，我可以將藥物送回當地藥局，當地警察局，"藥物回收日"站點，或者可以將其安全地溶解在一種名為"Dettera"袋子中，該袋子可以在藥局購買。

5. 針對女性(年齡在15至45歲之間):我有責任告訴我的醫生我是否懷孕或有理由相信自己懷孕了，或者我是否正在考慮在接受受管制藥物治療期間懷孕，因為在懷孕期間暴露於受管制藥物可能會對胎兒造成風險，包括胎兒對受管制藥物依賴和新生兒戒斷症候群(戒斷)的風險。

6. 針對未經解除監護的未成年人的父母或監護人:除了上述內容之外，還有未成年人可能濫用或誤用受管制藥物，或將受管制藥物轉移給其他人使用的風險。我了解如何偵測此類的濫用，誤用或不當轉移。

我已閱讀並理解上述每項聲明，並有機會提出所有問題以獲得答案。透過簽署此協議，表示我同意使用受管制藥物治療疼痛病狀。

患者簽名	患者姓名	日期
------	------	----

患者/監護人簽名	患者/監護人姓名	日期
----------	----------	----

患者照護協議和確認書

確認收到 INNOVATIVE PAIN CARE CENTER 的隱私權做法通知

“根據1964年《民權法案》第六章, 1973年《康復法案》第504條, 1975年《年齡歧視法案》和 1990年《美國殘疾人法案》(ADA), Innovative Pain Care Center 在入院, 提供服務, 僱用和就業時不存在根據種族, 膚色, 國籍, 性別, 性取向, 性別認同, 性別表達, 宗教, 年齡或殘疾(包括愛滋病和相關病症)的歧視。”

我期待與您合作, 並希望我和我的員工能夠成功實現您的疼痛控制目標。 在努力實現這些目標的過程中, 我們都必須遵守某些準則。

(請在下面的聲明上簽姓名首字母以表示您的理解。)

_____ 疼痛中心的工作人員將以尊重和同情的態度對待您, 我們認識到您的時間很重要。作為回報, 我們要求您尊重我們的時間, 在取消預約時至少提前 24 小時通知我們。未能如此做而導致錯過就診預約將被收取 75 美元的費用, 錯過注射治療將被收取 150 美元的費用。

_____ 請注意, 患者的共付額, 自付額和共保額需在就診時支付。就診時我們不接受支票。

_____ 我們的規定是, 任何退回的支票均需繳納 75 美元的費用。

_____ 為了避免向患者收取任何不必要的費用, 我們要求您立即向我們更新有關保險, 地址, 姓名或電話號碼變更的任何資訊。

我感謝您信任我們的照顧, 並希望您有一個愉快和有益的訪問。

真摯地,

Daniel L. Burkhead, M.D.

以及 Innovative Pain Care Center 的工作人員

我的簽名表明我承認並接受本協議中提出的條款和條件, 並且我已收到 **Innovative Pain Care Center** 的隱私權做法通知。

患者姓名 _____

日期 _____ 患者簽名 _____

關於尿液檢測的所有患者須知

作為我們處方監測計劃的一部分，本辦公室每年對所有患者進行最多 12 次隨機測試。作為麻醉品協議的一部分，您已同意這些測試。您應該在每次就診時做好提供尿液樣本的準備。如果您需要進行尿液篩檢，我們會在您就診前告知您。如果您無法提供樣本，您將被要求在等候室等待，直到您能夠提供為止。如果您的測試與您的治療計劃不符，您可能需要在每次就診時提供尿液樣本，直到您符合要求為止。這是您就診的額外費用。

用於處方監測的尿液測試分兩部分進行：

- 第一部分是辦公室內部尿液檢查。該測試由我們的辦公室計費。如果您對測試的自付費用有任何疑問，請聯絡我們的計費辦公室。
- 第二部分是由外包實驗室進行的詳細測試，測試是根據所服用的藥物，劑量，患者的身高和體重以及辦公室內部測試的結果進行的。這些費用由您的保險計劃簽署網絡內的實驗室收取。如果您對這些測試的實驗室部分有任何疑問，請聯絡您的簽約實驗室設施。

這些測試：

- 防止危險藥物與藥物之間的相互作用。
- 監控您對治療計劃的遵守情況。

我，_____，了解上述內容並同意遵守本協議中概述的條例。

患者簽名

日期

HIPAA 隱私授權表

授權使用或透露受保護的健康訊息

Innovative Pain Care Center 創致力於遵守 HIPAA 法規。因此, 每位患者都需要簽署一份授權表。患者可以列舉陪伴他們進行預約, 安排 或重新安排預約的同伴(家人, 朋友等)。所列人員獲準聽取有關患者健康資訊的討論。

我授權以下人員參與我的醫療健康資訊的討論。我了解我將承擔負責 Innovative Pain Care Center 向以下人員提供的資訊:

姓名:

關係:

患者姓名

日期

日期 _____

尊敬的主治醫生/轉介醫師 _____

這封信旨在告知您我們共同患者正在進行疼痛管理護理, _____

該患者一直在我們的慢性疼痛管理診所繼續接受治療。治療計劃可能含有物理治療, 藥物管理和注射治療, 可能包括類固醇注射。繼續這些治療的理由是患者希望能避免手術。如果重複使用類固醇注射, 只是因為患者在同一部位出現疼痛時, 先前注射類似的類固醇注射有緩解至少 3 個月, 才會重複注射。我們的判斷是額外注射類固醇的好處超過了重複注射類固醇的風險。

如有任何疑問, 請隨時聯絡我們的診所。

真摯地,

Innovative Pain Care Center

Dr. Daniel Burkhead, MD | Dr. Ho Dzung, MD | Dr. Willis Wu, MD | Dr. Ryan West, DO

請向我們提供您的主治醫師資訊或轉介醫師資訊, 如果沒有主治醫生。新的保險指南要求我們告知您的主治醫生或轉診醫生您正在接受的治療。

主治醫師 / 轉介醫師資訊:

姓名 _____

電話 _____ 傳真 _____

HIPAA 隱私授權釋出

我授權 Innovative Pain Care Center 向我上述的醫師提供資訊。

患者姓名

患者簽名

隱私權做法通知

根據1996年《健康保險可攜和責任法案》(HIPAA) 制定的隱私規定的要求

本通知描述如何使用和披露您(作為本診所的患者)的醫療信息,以及您如何獲取您的可識別個人身份的健康信息。

我們必須向您提供以下重要資訊:

- 我們如何使用和揭露您的受保護健康資訊 (PHI)
- 您的 PHI 中的隱私權
- 我們關於使用和揭露您的 PHI 的義務

本通知的條款適用於我們建立或保留的所有包含您個人資訊的記錄。我們保留在法律允許的情況下修改或修訂本隱私權做法通知的權利。本通知的任何修訂或修改將對我們過去創建或維護的或我們將來可能創建或維護的所有記錄有效。我們的診所將始終在顯眼的位置張貼當前通知,您可以隨時索取我們最新的通知。

A. PHI 的使用與揭露

以下部分介紹了我們使用和揭露您的健康資訊的不同方式。對於每種使用或揭露,我們將解釋其含義並給出範例。並非所有使用或揭露都會被列出;但是我們列出了允許我們使用和揭露醫療資訊的所有不同方式。未經您的明確書面授權,我們不會將您的醫療資訊用於以下未列出的任何目的。您的任何具體書面授權可以隨時透過向我們提交書面的撤銷要求來撤銷。

1. 治療: 我們可能會在您的治療過程中使用和揭露醫療信息,以便提供,協調或管理您的醫療保健和任何相關服務。這可能包括其他醫療提供者,藥局或其他協助照顧您的人,例如您的配偶,孩子,父母或照顧者。

例如:您的醫療資訊可能會被我們辦公室發送給為您做進一步治療或檢查而轉診的另一家醫療機構。在資訊揭露之前,您的醫療提供者或其他辦公室人員將會通知您。僅有最少的必要資訊會被提供。

2. 付款: 我們可能會使用和揭露您的 PHI (包括記錄),以獲得您可能從我們這裡收到的服務和產品的費用。這可能包括服務授權,資格和承保範圍相關的活動,或從您的健康保險計劃或負責此費用或資訊的其他第三方獲得付款。

例如:治療細節或醫療記錄可能會提供給您的健康保險公司,以確定您的保險公司是否會支付您的治療費用,或為先前提供的服務獲得付款。

3. 醫療保健營運：我們可能會使用和揭露您的PHI以確保準確和適當的業務運作。這些活動包括但不限於品質評估作業, 員工評審作業或執照作業。

例如: 在掛號處可能會使用簽到表, 您將被要求簽署您的姓名。當醫生準備好見您時, 您的名字可能會在等候室中被叫到。我們也可能使用和揭露您的PHI與您聯繫, 提醒您的預約。

「業務夥伴」為我們執行各種活動(例如轉錄或接聽服務)。適當時我們將與業務夥伴分享您的PHI。我們與業務夥伴的書面合約將概述保護您的PHI隱私的條款。

4. 法律要求的揭露：當聯邦, 州或地方法律要求時, 我們的診所將使用和揭露您的 PHI。

5. 向家人/朋友透露資訊：我們的診所可能會將您的 PHI 透露給參與您的照顧或協助照顧您的朋友或家人。

例如: 患者(包括未成年人的父母或監護人)可能會要求家庭成員到藥局領取處方。在此範例中, 該家庭成員可以得到患者的醫療資訊。

B. 在您的同意, 授權或提出異議的情況下可能進行的額外使用和揭露

我們可能在以下情況下使用和揭露您的PHI。您有機會同意或反對您的全部或部分PHI用於這些目的。如果您無法同意或反對, 醫療提供者將根據專業判斷確定此使用是否符合您的最佳利益。無論如何, 只有與您的醫療保健相關的PHI將被揭露。

1. 緊急情況：我們可能在緊急治療情況下使用或揭露您的PHI。如果發生這種情況, 您的提供者將盡快在治療後嘗試獲得您的同意。如果您的醫療提供者被法律要求治療您, 並且醫療提供者已嘗試取得您的同意但無法獲得時, 他或她仍然可以使用您的PHI來治療您。

2. 參與您的醫療保健的其他人：除非您反對, 否則我們可能會向您的家庭成員, 親戚, 密友或您指定的或可能負責您的護理的任何其他人揭露該人員與您的醫療保健直接相關的您的PHI。如果您無法反對此類揭露, 且我們確定此類資訊符合您的最佳利益, 我們可能會揭露此類資訊。我們可能會使用或向授權的公共或私人個體揭露您的PHI, 以協助和協調資訊的使用和揭露予家人或您醫療保健相關的其他個人。

3. 溝通障礙：如果您的醫療提供者試圖獲得您的同意, 但由於嚴重的溝通障礙而無法這樣做, 並且提供者根據專業判斷確定您在這種情況下打算這樣做, 我們可能會使用和披露您的PHI。

C. 無需您的同意, 授權或提出異議可能進行的其他使用和揭露

1. 公共衛生：我們的機構可能會向法律授權的公共衛生機構揭露您的 PHI, 以便為以下目的收集資訊：

- 維護重要記錄, 例如出生和死亡
 - 檢舉虐待或忽視兒童
 - 預防或控制疾病, 傷害或殘疾
 - 通知某人可能接觸傳染病
 - 通知某人有關傳播或感染疾病或病症的潛在風險
 - 報告藥物反應或產品或設備問題
 - 通知個人他們可能使用的產品或設備是否已被召回
 - 通知適當的政府機構和當局有關成年患者可能受到虐待或忽視的情況, 包括家庭暴力。但只有在患者同意或法律要求或授權我們披露此資訊的情況下, 我們才會披露此資訊
 - 在有限情況下通知您的雇主, 主要是工作空間相關的受傷或疾病或醫療監視
- 2. 衛生監督:** 我們可能會根據法律授權將PHI用於或揭露衛生監督機構。監督活動可以包括調查, 檢查, 審計, 調查, 執照和紀律行動; 民事, 行政和刑事程序或行動; 或政府監測政府計劃, 遵守公民權利法律和總體衛生保健系統的其他活動所必需的其他活動。
- 3. 法律要求:** 我們可以在法律要求的範圍內使用或揭露 PHI。使用或揭露將僅限於法律的相關要求。根據法律要求, 您將收到任何此類使用或揭露的通知。
- 4. 法律訴訟:** 我們可能會在任何司法或行政訴訟過程中揭露 PHI, 以回應涉及爭議的其他第三方的法院或行政命令, 證據開示請求, 傳票或其他合法程序。
- 5. 執法:** 只要滿足適用的法律要求, 我們就可以為執法目的揭露 PHI, 包括:
- 法律程序和法律規定的其他要求
 - 用於識別和定位目的的有限資訊請求
 - 與犯罪受害者有關
 - 因犯罪行為而死亡的嫌疑
 - 如果在診所發生犯罪, 並且
 - 醫療緊急情況(不在診所內) 並且很可能有犯罪發生。
- 6. 虐待或忽視:** 如果我們認為您是虐待, 忽視或家庭暴力的受害者, 我們可能會將您的 PHI 揭露給公共衛生當局, 政府個體或有權接收此類資訊的機構。在這種情況下, 揭露將符合適用的聯邦和州法律的要求。

7. 驗屍官, 喪葬承辦人和器官捐贈: 我們可能會向驗屍官或法醫揭露 PHI, 以用於識別, 確定死亡原因或法律授權的其他職責。我們也可能根據法律授權向喪葬承辦人揭露訊息, 以便該承辦人履行其職責。我們可能會在合理預期死亡的情況下揭露此類資訊。PHI 可用於屍體器官, 眼睛或組織捐贈目的。

8. 食品藥物管理局: 我們可能會向食品藥物管理局授權的人員或公司揭露您的 PHI, 以通報不良事件, 產品缺陷或問題; 生物製品偏差; 追蹤產品; 實現產品召回; 進行修理或更換; 或者根據要求進行上市後監督。

9. 軍事活動與國家安全: 在適當的條件下, 我們可能會使用或揭露軍人的 PHI (1) 用於適當指揮機構認為必要的活動; (2) 供退伍軍人事務部確定您領取福利的資格, 或 (3) 外國軍事當局 (如果您是外國軍隊的成員)。我們也可能向授權的聯邦官員揭露您的 PHI, 以進行國家安全和情報活動, 包括向總統或其他合法授權的人提供保護服務。

10. 必要的的使用和揭露: 根據法律, 我們必須向您揭露, 並在衛生與公共服務部部長要求時, 調查或確定我們是否符合本通知的要求。

D. 您對於您的PHI的權利

對於我們持有關於您的 PHI, 您擁有以下權利:

1. 保密溝通: 您有權要求我們的診所以特定方式或在特定地點與您就您的健康相關問題進行溝通。例如, 您可以要求我們在家中與您聯繫, 但不要在答錄機上留言。我們會滿足合理的要求。我們不會要求您解釋請求的依據。請以書面向我們相關隱私權的聯絡人提出此請求, 其姓名列於本通知其他部分。

2. 您可以要求限制您的PHI: 這意味著您可以要求我們不使用或揭露您的PHI的任何部分, 以用於治療, 付款或醫療營運 (TPO) 的目的。您也可以要求您的PHI的任何部分不被揭露給可能參與您照護的家人或朋友, 或用於本通知中所述的通知目的。您必須書面向本通知其他地方列出的相關隱私權的聯絡人提出請求。您必須包含: (a) 您希望限制的資訊; (b) 您是否要求限制我們的使用, 揭露或兩者都限制; 以及 (c) 您希望適用限制的對象。

您的醫療提供者不必同意限制。如果您的醫療提供者認為允許使用和揭露您的PHI符合您的最佳利益, 則不會對您的PHI進行限制。如果您的醫療提供者同意所要求的限制, 除非需要提供緊急治療, 否則我們將不會違反該限制使用或揭露您的PHI。

3. 檢查並取得您的 PHI 副本: 這表示您可以檢查並取得您醫療記錄中包含的有關您的 PHI 副本。醫療記錄包括醫療記錄, 帳單記錄以及用於做出有關您的決策的任何其他記錄。

但是, 根據聯邦法律, 您不得檢查或接收以下記錄的副本: 心理治療記錄; 在民事, 刑事或行政行動或訴訟中合理預期或使用的信息, 以及受法律約束禁止訪問PHI的PHI。在某些情況下, 您可能有權要求審查此決定。

您可能需要以書面形式提交您的請求, 並且診所可能會收取與您的請求相關的複印, 郵寄, 人工和用品費用。

4. 要求修改您的 PHI: 這意味著, 只要我們保留您的醫療記錄, 您就可以要求修改您的 PHI。該請求必須以書面形式提交給本通知其他地方列出的相關隱私權的聯絡人。您必須向我們提供支持您的修改請求的理由。在某些情況下, 我們可能會拒絕您的修改要求。包括依我們認知的以下要求:

- 準確, 完整;
- 不是診所保存的 PHI 的一部分;
- 不屬於允許您檢查和複製的 PHI 的一部分; 或者是
- 不是由我們診所創建的, 除非創建該資訊的個人或個體無法修改該資訊。

如果您的請求被拒絕, 您有權向我們提交異議聲明, 我們可能會準備對您的聲明進行反駁, 並向您提供任何此類反駁的副本。

5. 您有權要求您的PHI的某些揭露記錄: 此權利適用與不同於本通知中所述的治療, 支付或醫療營運(TPO)的揭露。您有權取得有關自2003年4月14日之後發生的這些揭露的具體資訊。這份揭露記錄是我們診所針對非TPO目的(如有的話)所做的某些非例行揭露的清單。我們診所在例行護理中使用您的PHI不需要記錄。為了獲得揭露記錄, 您必須以書面形式向本通知其他地方列出的相關隱私權的聯絡人提交請求, 並且必須說明一個時間段, 該時間段不得超過自揭露日期起的六(6)年, 並且不得包括 2003年4月14日之前的日期。

您在12個月內首次要求的清單免費, 但我們診所可能會對同一12個月內的額外清單收取費用。

6. 取得本通知的紙本: 根據要求, 即使您同意以電子方式接受本通知, 您也有權取得紙本。

7. 投訴/問題: 如果您認為您的隱私權受到侵犯, 您可以向我們或衛生與公共服務部部長提出申訴。我們不會因您提出投訴而報復。有關投訴流程的信息, 請聯繫本通知其他地方列出的相關隱私權的聯絡人。

E. 相關隱私權的聯絡人/問題和更多信息

如果對本通知有疑問以及有關其任何內容的更多信息, 您可以聯繫我們的相關隱私權的聯絡人, 地址為: **39920 W. Cheyenne #110 Las Vegas, NV 89129, (702) 316-2281 or by fax (702) 316-2272.**

回執確認

INNOVATIVE PAIN CARE CENTER 的隱私權做法通知

我特此確認我已收到 **Innovative Pain Care Center** 所提供五頁的隱私權做法通知。

患者姓名 _____

日期 _____ 患者簽名 _____