

DELTA 9

Cuestionario del paciente Delta 9 Medical Consulting

cuestionario del paciente

Información personal

Fecha _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Altura _____ peso _____

Dirección _____ Ciudad _____ State _____

postal _____

Teléfono de la casa Teléfono _____ celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Historial Médico - debe introducir la información aquí.

Queja Médica Actual: (Enumere los problemas médicos que usted quiere usar marihuana para ayudar con.)

Proveedor de atención primaria, indique el nombre y la dirección de su proveedor de cuidado de la salud (incluye quiropráctico, psicólogo / acupuntura, etc.) Por favor, indique la fecha en que fueron vistos por última vez. ¿Le gustaría que les envíe una copia de la nota de la evaluación?

Medicamentos: lista de todos sus medicamentos (incluya las recetas y over-the-counter)

Alergias:

Page I **Otros tratamientos:** Hora de cualquier otro tratamiento que utiliza para su condición: Haz un círculo alrededor de los que has intentado - escribe a continuación si ayudaron
Cirugía Terapia Física quiropráctica Masaje La terapia a base de hierbas
Consejería Ejercicio Otro _____

DELTA 9

Cuestionario del paciente Delta 9 Medical Consulting

¿Tiene o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas médicos?

_____ Asma Enfermedad / pulmón _____ Cáncer
_____ VIH / SIDA _____ Diabetes
_____ Hepatitis _____ Epilepsia / Convulsiones
_____ Carrera _____ Enfermedad del hígado
_____ Enfermedad del riñón _____ Alta presión sanguínea
_____ Enfermedad del corazón Trastornos _____ Sleep (apnea del sueño,
insomnio)
_____ Abuso de sustancias Trastornos _____ Intestinal (IBS, úlceras)
_____ Esclerosis múltiple _____ Desórdenes psiquiátricos
_____ (Depresión, ansiedad, etc.) _____ ADD / ADHD

Comentarios:

¿Estas embarazada? _____ ¿Está actualmente amamantando? _____

Historia quirúrgica

Por favor enumerar las cirugías que ha tenido:

Consumo social

Cómo se utiliza actualmente: _____ tabaco y el número de cigarrillos por día

El alcohol _____ número de bebidas por semana _____

¿Alguna vez ha sentido que debería dejar de beber?
Personas con las que han Molesto por criticar a usted acerca de drinkning?
¿Alguna vez ha sentido mal o culpable por beber?
¿Alguna vez ha tenido una bebida como un primero que abrir los ojos en la mañana para calmar su nervios o ayudar a una resaca?

Otras Drogas de la calle _____

¿Le preocupa que usted podría ser un adicto _____
¿Quieres que te ayudemos a encontrar un tratamiento?

DELTA 9

Cuestionario del paciente Delta 9 Medical Consulting

¿Cómo está usted usando cannabis ahora o en el pasado?

¿Ha sido evaluadas por otro médico de la marihuana medicinal? _____ Si es así, indique el nombre de la práctica, el médico y la fecha de visita:

Cómo se utiliza la marihuana para reducir o eliminar el uso de los medicamentos que han sido recetado para su condición médica? _____

Si es así, que la medicación se han reducido o eliminado y por qué?

¿Con qué frecuencia se utiliza la marihuana? Haz un círculo alrededor de la mejor suposición

- o todos los días o casi todos los días
- o alrededor de 1-2 veces por semana
- o más de una vez al mes

Marque su método preferido de uso de la marihuana? vaporizador de humo
ingerido tópica

¿Cómo funciona la marihuana a mejorar la calidad de su vida?

- o muy efectivo
- o efectiva sólo
- o algo eficaz

¿Cómo marihuana daño a su calidad de vida
Información Adicional

¿Tiene una causa judicial abierta con respecto a la marihuana? _____

Se encuentra actualmente en libertad condicional? _____

Sírvanse proporcionar cualquier información adicional que pueda ser relevante para la evaluación del médico:

Yo entiendo que la información que ha pedido que ofrecer es para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica para la que estoy viendo el médico de hoy, y que si yo no tengo se da a conocer de forma precisa y completa la información solicitada, que puede afectar negativamente a la capacidad de integrar junto a diagnosticar mi condición y recomendar el tratamiento apropiado. Certifico quela información de este cuestionario es correcta y completa.

_____ Firma Fecha_____

Imprimir Nombre _____

DELTA 9

Cuestionario del paciente Delta 9 Medical Consulting

PATIENT ACKNOWLEDGEMENT

Por favor, inicialice cada entrada

Entiendo que:

_____ El médico a cargo, personal y / o representantes no están proporcionando, ni dispensar animándome para obtener o usar la marihuana medicinal.

_____ El médico a cargo, el personal y / o representantes no se presta o discutir información sobre dispensario, cooperativo, servicio de entrega o cualquier otra forma de obtener la marihuana.

_____ El médico, el personal y los representantes están abordando aspectos específicos de mi médico atención y, a menos que se indique lo contrario, son en modo alguno establecerse como mi atención primaria médico / proveedor.

_____ ¿Debería hacerse una aprobación para mi uso medicinal de la marihuana, hay una fecha de renovación especificado por el médico. Es mi responsabilidad a ver al médico evaluar la posible la continuación del consumo de cannabis más allá del término de la aprobación.

_____ Reconozco que soy un residente del Estado de Massachusetts y no tener falseado ninguna información en este documento.

_____ Reconocí que yo no soy un agente de la policía, gobierno estatal o federal aquí con el propósito de investigación o atrapamiento. (Nosotros ofrecemos descuentos a hacer cumplir la ley)

_____ Reconozco que no estoy grabando cualquier parte de mi visita, ni tampoco posee ningún equipos de grabación. S i usted es apenas pido permiso para hacerlo.

_____ Reconozco que depende de mí para convertirse en un paciente. Si decido no ser un paciente que soy plenamente responsable por el costo de la evaluación. No habrá reembolsos.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por favor, inicialice cada entrada

_____ Por la presente autoriza a divulgar y verificar mis registros como paciente a una dispensario de marihuana para el propósito de obtener la marihuana. Entiendo que esta autorización es válida por el período de tiempo durante el cual la recomendación para la marihuana Se ha emitido.

_____ Por la presente autorizo el uso y la divulgación de mis registros de los pacientes, a excepción de información de identificación personal, para su uso en el análisis de datos de los pacientes tratados con cannabis

DELTA 9

Cuestionario del paciente Delta 9 Medical Consulting

_____ Por la presente autorizo a divulgar y verificar mis registros médicos a la ley la aplicación debería ser arrestado o detenido relacionado con mi posesión o uso de marihuana. Entiendo que sólo se va a proporcionar una verificación de la situación del paciente para el propósito de proporcionar una prueba para justificar mi posesión de marihuana. Entiendo que esta autorización es válida por el período de tiempo durante el cual la recomendación para la marihuana tiene ha emitido.

Nombre del paciente

(Impresión): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estoy siendo evaluado para una certificación integrar junto que cumplo con los criterios establecidos en el La ley de Massachusetts Estado de la marihuana medicinal. El médico realizará esta certificación basada,

en parte, en la información médica que he proporcionado. No he tergiversado mi médico condiciones con el fin de obtener esta recomendación y es mi intención de usar la marihuana sólo como necesaria para el tratamiento de mi condición médica, no con fines recreativos o no médicos.

Yo entiendo que es mi responsabilidad para estar informado sobre las leyes estatales y federales en cuanto a la posesión, uso, cada vez más, compra / venta y / o distribución de marihuana.

Se me ha informado y entender lo siguiente: [por favor sus iniciales en cada elemento]

1 ._____ debo ser un residente de Massachusetts para obtener una aprobación de recomendación para el uso del cannabis.

2 ._____ El gobierno federal ha clasificado a la marihuana como una sustancia controlada Lista. Sustancias de la Lista 1 se definen, en parte, por tener (1) un alto potencial para el abuso; (2) sin Actualmente uso médico aceptado en el tratamiento en los Estados Unidos; y (3) la falta de aceptado de seguridad para su uso bajo supervisión médica. La ley federal prohíbe la fabricación, distribución y posesión de marihuana, incluso en estados de vista médico legales que han modificado su las leyes estatales para tratar la marihuana como medicina.

3 ._____ La marihuana no ha sido aprobado por la Food and Drug Administration para su comercialización como una droga. Por lo tanto, la "fabricación" de la marihuana para uso médico no está sujeta a ningún normas, control de calidad, o de otro tipo de supervisión. La marihuana puede contener cantidades desconocidas de ingredientes activos (es decir, puede variar en potencia), impurezas, contaminantes y sustancias en Además de Delta 9 THC, que es el componente químico psicoactivo principal de marihuana.

4 ._____ El uso de la marihuana puede afectar la coordinación, habilidades motoras y la cognición, es decir, la capacidad a pensar, juzgar y razonar. Durante el uso de la marihuana, que no debería conducir, manejar pesada maquinaria o participar en cualquier actividad que requiera que sea alerta y / o responder rápidamente. entiendo que si manejo bajo la

DELTA 9

Cuestionario del paciente Delta 9 Medical Consulting

influencia de la marihuana, que puede ser arrestado por "conducir bajo la influencia".

- 5 .____ Los posibles efectos secundarios del uso de la marihuana incluyen, pero no se limitan a, la siguiente: mareos, ansiedad, confusión, sedación, hipotensión arterial, insuficiencia de corto plazo la memoria, la euforia, la dificultad en la realización de tareas complejas, la supresión de los body's sistema inmunológico, falta de concentración, la capacidad motora, paranoia, psicosis síntomas, apatía general, la depresión y / o inquietud. La marihuana puede exacerbar la esquizofrenia en personas con predisposición a que el trastorno. Además, el uso de la marihuana puede causo mí hablar o comer en exceso, cambiar mi percepción del tiempo y del espacio y menoscabar mis juicio
- 6 .____ Entiendo que el uso de la marihuana, mientras que bajo la influencia del alcohol no es recomendado. Otros efectos secundarios pueden llegar a ser presente cuando se utiliza tanto el alcohol como marijuana.
- 7 .____ Estoy de acuerdo en ponerse en contacto con Delta 9 Medical Consulting si experimento cualquiera de los efectos secundarios mencionados anteriormente, o si se deprimen o psicóticos, tener pensamientos suicidas, o experimentar episodios de llanto. Yo También se pondrá en contacto con usted si yo problemas respiratorios, los cambios en mis patrones de sueño normales, la fatiga extrema, aumento de la irritabilidad, o comience a retirarse de mi familia y / o amigos. Si no puedo Se llega a Voy a ir a la sala de emergencias más cercana para recibir tratamiento.
- 8 .____ marihuana Fumar puede causar problemas respiratorios y daños, incluyendo bronquitis, enfisema y laringitis. En la opinión de muchos investigadores, el humo de la marihuana contiene carcinógenos conocidos (sustancias químicas que pueden causar cáncer) y consumo de marihuana puede aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias y cáncer en el pulmón, boca y lengua. En adición, humo de la marihuana contiene productos químicos nocivos conocidos como alquitranes. Si empiezo a experimentar problemas respiratorios cuando se usa la marihuana, que dejarán de usar e informar de mis síntomas a una médico.
- 9 .____ Los riesgos, los beneficios y las interacciones farmacológicas de la marihuana no se entienden completamente. Si yo soy tomar medicamentos o someterse a un tratamiento para cualquier condición médica, entiendo que yo deben consultar con mi médico (s) antes de usar el tratamiento de la marihuana y que no debería interrumpir cualquier medicación o tratamiento prescrito previamente a menos que se lo recomiende por el médico tratante (s).
- 10 .____ Los individuos pueden desarrollar una tolerancia a, y / o dependencia de la marihuana. entiendo que si requieren dosis cada vez mayores para lograr el mismo beneficio o si creo que me lo permite ser el desarrollo de una dependencia de la marihuana, que debería ponerse en contacto con Delta 9 Medical Consulting o buscar tratamiento con mi médico de atención o la adicción de medicina especializada primaria.
- 11 .____ signos psicológicos de abstinencia pueden incluir: Los sentimientos de depresión, tristeza, irritabilidad, insomnio, inquietud, agitación, pérdida de apetito, dificultad para concentrarse, dormir disturbios y cansancio inusual.
- 12 .____ síntomas de una sobredosis de marihuana incluyen, pero no se limitan a, nausea, vómitos, tos seca, alteraciones en el ritmo cardíaco, entumecimiento en las manos, pies, brazos o piernas, ataques de ansiedad y la incapacitación. Si experimenta estos síntomas, estoy de acuerdo para ir inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.

DELTA 9

Cuestionario del paciente Delta 9 Medical Consulting

13 .____ Si posteriormente se entera de que la información que he dado es falsa o engañosa, la recomendación para la marihuana ya no sea válido y que el Departamento de Información Pública Salud recibirá la notificación de este comportamiento fraudulento. Estoy de acuerdo en reunirse de inmediato con usted y / o proporcionar información adicional en el caso de cualquier inexactitud o errores en la información que he proporcionado.

14 .____ que han tenido o tendrán, la oportunidad de discutir estos asuntos con el médico y de hacer preguntas sobre cualquier cosa que pueda entender o no que creo que tenía que estar aclarado. Reconozco que el médico no ha proporcionado un tratamiento recomendado de mi condiciones, con la marihuana medicinal. El médico hizo informarme de los riesgos, complicaciones de cualquier El tratamiento recomendado elijo para llevar a cabo bajo mi propio juicio (bajo las leyes de la Estado de MA) después de obtener el certificado. Reconozco el médico tiene, me informó de cualquier alternativas a la marihuana médica que pueda tender con otros miembros de mi equipo de atención médica.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Este es un requisito Legal de masa por 105 CMR 725. 000: aplicación de una ley para el humanitario médico uso de marihuana (Cannabis) los efectos secundarios, dosis y contraindicaciones, incluso con drogas psicotrópicas, así como el reconocimiento del abuso de sustancias, diagnóstico y tratamiento relacionados con la marihuana.

Delta 9 consultoría médica está proporcionando con este listado de los problemas comunes de la comunidad médica con respecto a la cannabis a cumplir con nuestra obligación legal para su evaluación, tenga en cuenta la evidencia de los efectos negativos del cannabis a menudo no se prueba científicamente:

Observaciones generales: no se conocen muertes por consumo de Cannabis. La dosis letal media en ratas fue THC oral 800 a 1.900 mg (dependiendo de la cepa) por kilogramo de peso corporal. En estudios con monos, no se registraron defunciones después de las más alta dosis aplicadas de 9.000 mg/kg de THC oral. Posibles efectos secundarios son dependientes de la dosis. La terapia debe comenzar con dosis bajas, aumentando lentamente, por lo que se puede determinar la dosis individual y efectos no deseados se pueden evitar. * Para su referance una articulación promedio rendimientos de 10-20 mgs de THC

Efectos secundarios agudos: efectos secundarios psíquicos son sedación, euforia alto, disforia, miedo a morir, sensación de control flexible, deterioro de la memoria, alteración percepción del tiempo, depresión, alucinaciones. En el caso de fuertes efectos secundarios psíquicos, el afectado debe ser llevado a un lugar tranquilo y hablaban. Cognición y rendimiento psicomotor se atenúan. Una discreta reducción del rendimiento psicomotor puede observarse hasta 24 horas después de la administración de THC.

Agudos físico los efectos secundarios frecuentes son boca seca, trastorno del movimiento, debilidad muscular, trastornos del habla, un aumento de la frecuencia cardiaca, una disminución de la presión arterial en posición vertical, eventualmente con mareos. En el caso de mareos, el afectado debe establecer. En posición horizontal, se puede medir la presión arterial ligeramente superior. Efectos secundarios raros son náuseas y dolores de cabeza.

Agudos efectos secundarios son dependientes de la dosis y desaparecen dentro de horas o 1-3 días sin tratamiento específico.

Efectos secundarios de la terapia a largo plazo: desarrollo de la tolerancia se describe una multitud de efectos, entre ellos acciones psíquicas, deterioro psicomotor, efectos sobre el corazón y la circulación, efectos sobre el sistema hormonal, presión intraocular y efectos anti emético. Tolerancia significa, que el efecto disminuye con el tiempo durante el uso del cannabis. Tolerancia puede aparecer con dosis repetidas durante semanas con diverso grado de diversos efectos.

Cannabis posee un potencial para la adicción. Dependencia no puede ser un problema relevante dentro de los límites de la terapia de enfermedades, pero retirada puede ser no deseada. Retiro no se han descrito en pacientes que fueron a largo plazo tratados con THC. Pero la retirada se ha observado en los usuarios recreacionales. De tal modo los síntomas psíquicos (ansiedad, inquietud, insomnio) y síntomas físicos (salivation, diarrea) pueden ocurrir.

El curso de la psicosis puede estar influido desfavorablemente. En personas vulnerables, la aparición de la psicosis puede ser acelerada o desencadenada.

Los cannabinoides pueden ejercer efectos complejos sobre hormonas de sexo masculinas y femeninas, su relevancia clínica en dosis terapéuticas, siendo baja. Ocasionalmente se han descrito ciclos menstruales sin ovulación y deterioro del valor de la producción de espermatozoides. En estudios animales, altas dosis de THC suprimen varios aspectos del sistema inmune. En dosis bajas han sido comprobada immunosuppressing así como inmunoestimulantes. Cannabis no acelera la progresión del HIV/AIDS. Sin embargo, una administración crónica de THC puede ser desfavorable en caso contrario immunocompromised individuals..

Se trata de una lista común usada en todo el país por los médicos a educar a sus pacientes de Cannabis médico - Dr. Altwater fue incapaz de encontrar el autor original - pero él está agradecido por su arduo trabajo.

Su firma indica que he leído este documento entero, y mis preguntas han sido respondidas por el Dr. Altwater y su personal con respecto a la seguridad y el riesgo asociado con el uso de cannabis.

Firma: _____

Fecha: _____