

DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA
CENTRO PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD
Servicios de Psilocibina de Oregón
<http://oregon.gov/psilocybin>

Reacción Adversa que Requiere Atención Médica o Servicios de Emergencia

Instrucciones: Las reglas de los Servicios de Psilocibina de Oregón (OPS, por sus siglas en inglés) requieren que un facilitador registre las reacciones adversas de los clientes al consumir productos de psilocibina. Las reacciones adversas se definen como reacciones médicas o conductuales adversas que ocurren durante una sesión de administración y que requieren contactar a los servicios de emergencia o recibir atención de un proveedor médico (OAR 333-333-1010). Los facilitadores pueden usar este formulario para registrar las reacciones adversas de los clientes. Este formulario debe almacenarse en el centro de servicios donde ocurrió el incidente. OPS puede solicitar información adicional, incluyendo el contenido de este formulario, para fines de cumplimiento.

NOTA: A partir del 1 de enero de 2025, la Ley del Senado 303 ("SB 303") requerirá que los centros de servicios licenciados reporten datos agregados de clientes a la OHA respecto a las reacciones adversas de los clientes. Se proporcionarán instrucciones adicionales a los centros de servicios licenciados, incluyendo formularios actualizados e instrucciones sobre cómo reportar en el sistema de Capacitación, Licencias y Cumplimiento, en 2024 después de la adopción de las reglas finales para la implementación de SB 303.

Si se contactaron servicios de emergencia, se debe presentar un informe separado de Llamada a Servicios Médicos de Emergencia dentro de las 48 horas posteriores al evento.

Nombre del facilitador: _____

Nombre del centro de servicios: _____

Nombre del cliente: _____

Fecha de la sesión de administración: _____

Producto consumido (tipo, dosis y UID): _____

¿Cuál fue la reacción adversa del cliente (física, conductual, etc.)?

¿Se contactaron servicios de emergencia?

sí no

Servicios de emergencia contactados: _____

Hora en que se contactaron los servicios de emergencia: _____

¿El cliente fue transportado por servicios de emergencia?

sí no

Si el cliente fue transportado, indique la dirección/ubicación a la que fue llevado:

Si el cliente fue transportado, ¿el facilitador o el personal del centro de servicios acompañó al cliente?

sí no

Si el facilitador o el personal del centro de servicios acompañó al cliente, proporcione detalles:

¿Se contactó a la persona listada en el plan de seguridad y apoyo del cliente?

sí no

Si la respuesta es sí, ¿cuándo se contactó? _____

Firma del facilitador: _____

Fecha: _____