Medical Department
Keep on Person (KOP) Self Medication Program

Patient Name	*Inmate Number*	*Booking Number*	*Date of Birth*	*Today's Date*

POD _____

Instruction Sheet and Contract Agreement

The Facility Doctor or Nurse Practitioner has written a prescription for your medication. **You may participate in the KOP program**. Participation in the KOP program is a privilege and not a right and failure to comply with the instructions, found below will result in your removal from the program.

1. You must keep a copy of this KOP contract on your person at all times. Having medication in your possession without a copy of this instruction sheet and contract agreement is a violation of the KOP program and subject to disciplinary action.
2. If your medications are lost or stolen, you must notify a Correctional Officer immediately and without delay. Any inmate who has their medication(s) lost or stolen is permanently barred from participating in the KOP program.
3. Each medication and the instructions for taking it are listed below. You must take the medication(s) exactly as instructed. Do not 'pop' a pill out of the blister card until you have a cup of water and are ready to take your medication. Loose pills are considered contraband and subject to disciplinary action.
4. At anytime a Correctional Officer may request to see your copy of this KOP agreement. Officers have been trained to determine your compliance with the KOP program. Charges will be brought against you for noncompliance.
5. Your medications will be given to you by either the pharmacy nurse or the doctor. Your name, DOB, Start date and Stop date will be written on the blister pack (BP) with instructions for taking the medication.
6. You must bring your blister packs with you anytime you come to medical or you will not be seen.
7. At anytime, medical may ask to see your KOP medications to document your compliance and perform patient teaching.
8. **Refilling your medication:** You will only receive 30 doses of your approved medication at a time. Once you get to the 8th dose left (the blue line on your blister pack) you must present your blister pack to the medication nurse so your refill can be ordered. The nurse will initial the card and send the label to the pharmacy for reorder.
9. You are to return the empty blister back to the medication nurse. Return the card back to the nurse if you choose to stop taking your medication or refuse treatment. KOP medications are to be considered contraband when the label has been altered, the stop date is passed, the medication has expired, and it is out of the original pack.
10. **If you are released from this facility, you may take your medications with you.**

#1 Name of medication and dose:_____
There are _____ pills in this blister pack. Start Date of prescription: _____. Your last dose should be taken on: _____ Instructions for taking your medicine:_____.
When your blister card is empty, you must turn the empty pack in to the nurse.

#2 Name of medication and dose:_____
There are _____ pills in this blister pack. Start Date of prescription: _____. Your last dose should be taken on: _____ Instructions for taking your medicine:_____.
When your blister card is empty, you must turn the empty pack in to the nurse.

#3 Name of medication and dose:_____
There are _____ pills in this blister pack. Start Date of prescription: _____. Your last dose should be taken on: _____ Instructions for taking your medicine:_____.
When your blister card is empty, you must turn the empty pack in to the nurse.

I acknowledge I have been given verbal instructions on how to take my medications as well as written KOP instructions. I agree to participate in the KOP program. I have acknowledged that I fully accept responsibility for the safe keeping and administration of the above medications and will comply with all instructions. I further acknowledge I am subject to disciplinary action for not remaining compliant with KOP rules.

Patient Signature:_____ **Date:**_____

Nurse Signature:_____ **Date:**_____

Departamento médico
Programa de auto-medicación
Keep on Person (KOP) Self Medication Program

Patient Name	*Inmate Number*	*Booking Number*	*Date of Birth*	*Today's Date*

POD _____

Hoja de instrucciones y contrato

El Médico o la/el enfermera/o certificada/o han escrito una receta para su medicamento **Usted puede participar en el programa de auto-medicación (KOP).** Participación en el programa de auto-medicación es un privilegio y no un derecho, si no se cumple con las instrucciones que se encuentran descritas a continuación usted será excluido del programa.

1. Siempre debe llevar con usted una copia de este contrato KOP sobre auto-medicación. Llevar medicación con usted sin una copia de esta hoja de instrucciones es una violación al programa de auto-medicación y usted quedará sujeto a acciones disciplinarias.
2. Si pierde su medicamento o si se lo roban, debe notificar de inmediato a un Oficial Correccional. Aquellos reclusos que han perdido o le han robado su medicamento se encuentran permanentemente prohibidos de participar en el programa KOP de auto-medicación.
3. A continuación se nombra cada medicamento y las instrucciones para tomarlos. Debe tomar el(los) medicamento(s) exactamente como se indicó. No quite una píldora del blister (envase ampolla) hasta que no tenga un vaso con agua y esté listo para tomar el medicamento. Las píldoras sueltas se consideran de contrabando y quedará sujeto a acciones disciplinarias.
4. El Oficial Correccional puede solicitar ver su copia del contrato KOP de auto-medicación. Los Oficiales han sido entrenados para determinar si usted cumple con el programa de auto-medicación. Se le realizarán cargos contra usted si no cumple.
5. La enfermera o el médico de la farmacia le darán su medicamento. En el blister encontrará escrito su nombre, su fecha de nacimiento, la fecha de comienzo y de finalización junto con las instrucciones para tomar el medicamento.
6. Debe llevar el paquete blister con usted cuando asista a la consulta médica o de lo contrario no lo recibirán.
7. El médico puede solicitar en cualquier momento ver sus medicaciones para documentar que usted esté cumpliendo con el programa y para instruir al paciente.
8. **Reabastecimiento de su medicamento:** Solo recibirá 30 dosis a la vez de su medicamento aprobado. Cuando llegue a la octava dosis (a la línea azul en el blister) debe presentar el blister a la enfermera de medicamento para que se ordene un reabastecimiento. La enfermera pondrá sus iniciales en la tarjeta y enviará la etiqueta a la farmacia para una nueva orden.
9. Debe devolver el blister vacío a la enfermera de medicamento. Devuélvale la tarjeta a la enfermera si escoge dejar de tomar la medicamento o rechaza el tratamiento. Se considerará contrabando si los medicamentos KOP para la auto-medicación poseen una alteración en la etiqueta, cuando se ha pasado la fecha de finalización, cuando el medicamento ha vencido y cuando se encuentran fuera de su envase original.
10. **Si le dan de alta de esta institución, debe llevar su medicamento con usted.**

Nº 1 Nombre del medicamento y la dosis:_____

Hay _____ **píldoras en este blister. Fecha de comienzo de la receta:** _____. **Su última dosis se debe tomar el:** _____ **Instrucciones para tomar su medicina:**_____.

Cuando su blister esté vacío, debe devolver el envase vacío a la enfermera.

Nº 2 Nombre del medicamento y la dosis:_____

Hay _____ **píldoras en este paquete blister. Fecha de comienzo de la receta:** _____. **Su última dosis se debe tomar el:** _____ **Instrucciones para tomar su medicina:**_____.

Cuando su blister esté vacío, debe devolver el envase vacío a la enfermera.

Nº 3 Nombre del medicamento y la dosis:_____

Hay _____ **píldoras en este paquete blister. Fecha de comienzo de la receta:** _____. **Su última dosis se debe tomar el:** _____ **Instrucciones para tomar su medicina:**_____.

Cuando su blister esté vacío, debe devolver el envase vacío a la enfermera.

Reconozco que he recibido instrucciones verbales sobre cómo tomar mi medicamento y también instrucciones escritas sobre la auto-medicación KOP. Acepto participar en el programa KOP de auto-medicación. Confirmo que acepto completamente la responsabilidad de mantener y administrar de forma segura el medicamento mencionado anteriormente y que cumpliré con todas las instrucciones. Además reconozco que estoy sujeto a acciones disciplinarias por no cumplir con las reglas KOP de la auto-medicación.

Firma del paciente:_____ **Fecha:**_____

Nurse Signature:_____ **Date:**_____

2007 Correct Care Solutions, LLC

Medications Missed/Refused
Times 3 Days

Patient Name	*Patient Number*	*Booking Number*	*Date of Birth*	*Today's Date*

Per CCS Policy & Procedure J-D-01 Pharmaceutical Operations:

16. In the case of medication refusals or missed doses of essential medication, documentation on the MAR will indicate the inmate refused or missed the medication. If an inmate refuses or misses doses of medication on three consecutive days, the inmate should be referred to the prescribing provider.

	Medication Name	Dose	Time	Date	R/M*
1.					
2.					
3.					

*Refused/Missed

Notes:

_____

_____

_____

_____

_____

Signature of Nurse / Med Tech _____ **Date** _____

Signature of Charge Nurse / DON / HSA _____ **Rcvd Date** _____

Patient is to be referred to the Prescribing Provider

© 2009 Correct Care Solutions, LLC