

مراجعة ادوية المرضى في العيادة الخارجية

لقد تحدثت مع طبيبي النفسي أو الممرض الممارس، _____، والذي وصف بأن أتناول دواء (أدوية) لي (أو لطفلي) لعلاج أعراض

كما تحدثنا أيضاً عن البدائل المناسبة مثل _____

لا يوجد بدائل مناسبة متاحة في هذا الوقت. أنواع الأدوية الموصوفة موضحة أدناه:

الأدوية	النوع	الجرعة	التكرار	الطريقة	المدة
1.	مضادات الاكتئاب، مزيل القلق، مثبت المزاج، مضاد الذهان وغيرهم	(بما في ذلك الجرعات عند الضرورة)		(عن طريق الفم أو حقن)	
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

أنا أفهم كيفية أخذ الجرعة (الجرعات) ووقت أخذ الدواء (الأدوية)، وأن أي تغيير لجرعة الدواء و/أو التكرار أثناء العلاج سيتم مناقشته معي.

وقد علمت أن هناك بعض الآثار الجانبية المحتملة، بما في ذلك ما يلي:

- تصلب/رغشة العضلات النعاس
- الغثيان/ تغيرات في الشهية مشاكل جنسية
- تفاعلات مع الأدوية الأخرى والطعام والمشاكل الصحية
- آثار جانبية أخرى
- جفاف الفم/عدم وضوح الرؤية/الإمساك
- مشاكل في الحمل
- مرض السكري
- دوام
- زيادة الوزن

وأنا أعني أن هذه الآثار الجانبية هي الآثار الشائعة وأنه قد يكون هناك آثاراً جانبية أخرى أقل شيوعاً. وأعي أيضاً أنه يجب عليّ إبلاغ طبيبي النفسي أو الممرض الممارس الخاص بي بالتغيرات التي تطرأ على حالتي (مثل الدوار، التخدير الشديد، الطفح الجلدي) إذا أصبحت حاملاً و/أو يجب الإبلاغ عن أية أدوية جديدة ربما يتم وصفها/أخذها لحالات مرضية أخرى. وبالإضافة إلى الآثار الجانبية المذكورة أعلاه، أعني أنه يمكن وجود آثار جانبية أخرى طويلة المدى (حتى بعد ثلاثة أشهر) مثل:

ضمن تلك المذكورة أعلاه

صف الآثار الجانبية طويلة المدى غير المبينة أعلاه

وأعني أنه مع مضادات الذهان هناك احتمال الإصابة بخلل الحركة المتأخر كأثر جانبي والذي قد يسبب حركة لا إرادية للسان أو الوجه أو الرقبة أو الأطراف أو الجذع وقد يستمر حتى بعد وقف الدواء.

وأعني أن قرار أخذ الدواء عائد إليّ وحدي ولكن يجب عليّ دائماً مناقشة أي قرار خاص بالتوقف عن أخذ الدواء مع طبيبي النفسي أو الممرض الممارس الخاص بي أولاً.

وأعني أن طبيبي النفسي أو الممرض الممارس الخاص بي يعتقد أن هذا الدواء سوف يساعدني ولكن ليس هنالك من ضمانات عن النتائج.

لقد قرأت هذه الاستمارة لقد تم قراءة هذه الاستمارة لي

لقد تم تفسير/ترجمة هذه الرسالة من _____.

إذا تم التوقيع على نسخة مترجمة من هذه الاستمارة من قبل العميل و/أو شخص بالغ مسئول، يجب إرفاق النسخة المترجمة مع النسخة الإنجليزية.

لقد تم شرح المعلومات الواردة في هذه الاستمارة لي، وأنا أوافق على أخذ الدواء (الأدوية) كما تم وصفها. وأعني أنه يمكنني التراجع/سحب الموافقة في أي وقت.

التوقيع: _____ (العميل) التوقيع: _____ (الوالد/ولي الأمر/الوصي)

لقد شرحت الفوائد والآثار الجانبية والمخاطر المرتبطة بالأدوية المذكورة أعلاه، وحصلت على الموافقة المطلعة للمريض و/أو للشخص البالغ المسئول.

التوقيع: _____ (الطبيب النفسي أو الممرض الممارس) التاريخ: _____

رقم تعريف إدارة الصحة العقلية:	الاسم:	هذه المعلومات السرية مقدمة اليك وفقاً لقوانين ولايات الولاية وقوانين ولوائح الفردالية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، قانون الرعاية والمؤسسات المعمول به والقانون المدني ومعايير الخصوصية لقانون نقل التأمين الصحي والمسألة. التكرار في هذه المعلومات من أجل الكشف عن المزيد محظور دون إذن كتابي مسبق من العميل/الممثل المعتمد ما لم يسمح القانون بغير ذلك. لا بد من تدمير هذه المعلومات بعد استيفاء الغرض المعين من الطلب الأصلي.
رقم مقدم الخدمة:	الوكالة:	
لوس أنجلوس – إدارة الصحة العقلية		

مراجعة أدوية المرضى في العيادة الخارجية