

ԱՎՆԱՐԿ ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐ ԴԵՂՈՐԱՅՔԻ ՄԱՍԻՆ

Ես խոսել եմ իմ հոգեբույժի կամ բուժքրոջ՝ _____-ի հետ, ով խորհուրդ է տվել, որ ես/իմ երեխան ստանամ/ստանա դեղորայք՝ բուժելու _____ ախտանիշները:

Մենք նաև խոսել ենք ողջամիտ այլընտրանքների մասին, ինչպիսիք են _____:

Այս պահին ողջամիտ այլընտրանքներ չկան: Նշանակված դեղ(եր)ի տեսակները նշված են ստորև:

Դեղ(եր)	Տեսակ Հակադեպրեսանտ, անքսիոլիտիկ, տրամադրության խանգարման, կայունացուցիչ, հակահոգեկան, այլ	Զափաբաժին (ներառյալ՝ անհրաժեշտ- ության դեպքում)	Հաճախակա նություն	Մեթոդ (Բերանային/Նե- րարկում)	Տևողություն
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Ես հասկանում եմ չափաբաժին(ները) և թե երբ ընդունել դեղ(եր)ը, և որ դեղորայքի չափաբաժին և/կամ ընդունման հաճախականության ցանկացած փոփոխություն բուժման ընթացքում քննարկվելու է ինձ հետ:

Ինձ տեղեկացվել է, որ հնարավոր են որոշ կողմնակի բարդություններ, ներառյալ՝

- Սկզբնական կարծրացում/սարսուռ Քնկոտություն Չոր բերան/աղոտ տեսողություն/փորկապություն
- Սրտխառնոց/ախորժակի փոփոխություններ Մեռակա խնդիրներ Հղիության հետ Գլխապտույտ
- Փոխազդեցություններ այլ դեղերի, ուտելիքի և առողջական վիճակների հետ Շաքարային դիաբետ Քաշի ավելացում
- Այլ _____

Ես հասկանում եմ, որ սրանք ամենատարածված կողմնակի բարդություններն են, և որ հնարավոր է լինեն այլ՝ ավելի քիչ տարածված բարդություններ: Ես նաև հասկանում եմ, որ պետք է իմ հոգեբույժին կամ բուժքրոջը անհապաղ տեղեկացնեմ իմ վիճակի փոփոխությունների (օր.՝ գլխապտույտ, ուժեղ սեղացի, ցան) մասին, նաև՝ եթե հղիանամ, և/կամ եթե այլ խնդիրների համար ցանկացած նոր դեղորայք նշանակվի ինձ:

Ես հասկանում եմ, որ ի հավելումս վերը նշված կողմնակի բարդությունների՝ կարող եմ լինել լրացուցիչ երկարաժամկետ կողմնակի բարդություններ (ի հայտ են գալիս 3 ամսից), ինչպես օրինակ՝ Բացի վերը նշվածներից

Նկարագրել երկարաժամկետ կողմնակի բարդությունները, որոնք չեն նշվել վերևում: _____

Ես հասկանում եմ, որ որոշ հակափսիխոտիկ դեղերի դեպքում առկա է կողմնակի բարդության հնարավորություն, ուշ դիտարկելիս, որը կարող է առաջացնել լեզվի, դեմքի, պարանոցի, վերջույթների և իրանի ակամա շարժումներ, որոնք կարող են պահպանվել նույնիսկ դեղորայքի ընդունումը դադարեցնելուց հետո:

Ես հասկանում եմ, որ ես եմ կայացնում դեղորայքն ընդունելու որոշումը, սակայն պետք է միշտ իմ հոգեբույժի/բուժքրոջ հետ քննարկեմ դեղորայքի ընդունումը դադարեցնելու որոշում կայացնելիս:

Ես հասկանում եմ, որ իմ հոգեբույժ/բուժքրոջը կարծում է, որ այս դեղը կօգնի ինձ, սակայն արդյունքները չեն երաշխավորվում:

ԵՍ ԿԱՐԱՑԵԼ ԵՄ ԱՅՍ ՓԱՏՍԱԹՈՒԴԹԸ ԱՅՍ ՓԱՏՍԱԹՈՒԴԹԸ ԿԱՐԱՑԵԼ ԵՄ ԻՆՉ ՀԱՄԱՐ

ԱՅՍ ՓԱՏՍԱԹՈՒԴԹԸ ԹԱՐԳՄԱՆՎԵԼ Է _____ ԻՆՉ ՀԱՄԱՐ:

Եթե այս Փատաթղթի թարգմանված տարբերակը ստորագրված է հաճախորդի և/կամ պատասխանատու չափահաս անձի կողմից, թարգմանված տարբերակը պետք է կցվի անգլերեն տարբերակին:

ՓԱՏՍԱԹՂԹՈՒՄ ՆԵՐԱՌՎԱԾ ԻՆՖՈՐՄԱՑԻԱՆ ԲԱՑԱՏՐՎԵԼ Է ԻՆՉ, ԵՎ ԵՍ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ԵՄ ԸՆԴՈՒՆԵԼ ՆՇԱՆԱԿՎԱԾ ԴԵՂ(ԵՐ)Ը: ԵՍ ՀԱՄԱՎՈՐՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԿԱՐՈՂ ԵՄ ՑԱՆԿԱՑԱԾ ԺԱՄԱՆԱԿ ՀՐԱԺԱՐՎԵԼ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆԻՑ:

Ստորագրություն՝ _____ Ստորագրություն _____
(Հաճախորդ) (Օնոլ/Օրինական Խնամակալ/Խնամակալ)

ԵՍ ԲԱՑԱՏՐՎԵԼ ԵՄ ՎԵՐԸ ՆՇՎԱԾ ԴԵՂ(ԵՐ)Ի ՕԳՈՒՏՆԵՐԸ, ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԲԱՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՎՏԱՆԳՆԵՐԸ ԵՎ ՍՍՍՅԵԼ ԵՄ ՀԻՎԱՆԻՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ՉՍՓՈՋԱՄ ԱՆՁԻ ԻՐԱԶԵԿՎԱԾ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆԸ:

Ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____
(Հոգեբույժ կամ Բուժքույր և Ղեկավարություն)

<p>Այս գաղտնի ինֆորմացիան տրամադրվում է Ձեզ՝ համաձայն պետական և դաշնային օրենքների և իրավական ակտերի, որոնք ներառում, բայց չեն սահմանափակվում, Բարեկեցության և Հաստատությունների մասին օրենսգրքը, Քաղաքացիական Օրենսգրքը, Առողջության Ապահովագրության Փոխադրելիության և Հաշվետվողականության Ակտի Գաղտնիության Ստանդարտները: Հետագա բացահայտման նպատակով այս ինֆորմացիայի պատճենումը արգելվում է առանց հաճախորդի/խազոր ներկայացուցչի կողմից նախորդ թույլտվության, եթե այլ կերպ նախատեսված չէ օրենքով: Բնօրինակ հայցի նշված նպատակի իրականացումից հետո այս ինֆորմացիան պետք է ոչնչացվի:</p>	<p>Անուն՝ _____ ՀԱՎ Նույնականացման համար#:</p> <p>Գործակալություն՝ _____ Սպասարկող #:</p> <p>Լուս Անջելեսի մարզ – Հոգեկան Առողջության Վարչություն</p>
---	---