

## فرم بررسی داروهای بیماران سرپایی

من با روانشناس یا پرستار ----- صحبت کرده‌ام و او به من/ فرزندم، پیشنهاد داده است که داروهای زیر را برای درمان ----- مصرف کنم.

ما همچنین در مورد جایگزین‌های مناسب دیگری مانند ----- نیز گفتگو کرده‌ایم.  
 هیچ جایگزین مناسبی در حال حاضر موجود نیست. نوع داروهای تجویز شده در زیر مشخص شده است:

مدت	روش (خوراکی / تزریقی)	هر چند وقت یکبار	مقدار مصرف (شامل PRN)	نوع ضد افسردگی، ضد اضطراب، تثبیت کننده خلق، ضد روان پریشی، سایر	دارو
۱.					
۲.					
۳.					
۴.					
۵.					
۶.					

اینجانب از مقدار مصرف دارو و زمان مصرف آن، آگاهی دارم و می‌دانم که هر گونه تغییر در مقدار مصرف و یا مدت زمان مصرف دارو در دوران معالجه، به اطلاع من خواهد رسید.

از برخی عوارض جانبی این داروها از جمله موارد زیر، مطلع می‌باشم:

- خشکی دهان / تاری دید / بی‌خوابی  
 سرگیجه  
 افزایش وزن  
 سایر -----
- خواب آلودگی  
 مشکلات بارداری  
 دیابت
- سفتی عضلانی / رعشه یا لرزش  
 حالت تهوع / تغییرات اشتها  
 تداخل با سایر داروها، مواد غذایی و مشکلات سلامتی

اینجانب مطلع هستم که عوارض بالا شایع‌ترین عوارض جانبی این داروها هستند و امکان بروز سایر عوارض جانبی که شیوع کمتری دارند، نیز ممکن است رخ دهند. همچنین آگاهی دارم که در صورت بروز هر گونه تغییر در وضعیتم (مانند سرگیجه، آرامش بیش از حد، کهیر یا جوش) یا در صورت بارداری و یا در صورت تجویز و مصرف هر داروی جدید دیگری، باید مراتب را به سرعت به روانشناس خود اطلاع دهم.  
من آگاهی دارم که علاوه بر عوارض جانبی که در بالا بیان شد، ممکن است عوارض جانبی ناشی از مصرف طولانی داروها (بیش از ۳ ماه مصرف) (مانند:  هیچ عارضه جانبی بجز موارد بالا وجود ندارد  عوارض جانبی ناشی از مصرف طولانی دارو را که در بالا ذکر نشده است، توصیف کنید -----) بوجود آید، آگاهی دارم.

من آگاهی دارم که در صورت مصرف برخی از داروهای ضد روان پریشی، ممکن است عوارض جانبی مانند دیرجنبایی که سبب حرکت ناخواسته زبان، صورت، گردن، دست و پاها یا تنه می‌گردد، بروز نموده و حتی بعد از توقف مصرف دارو نیز، ممکن است ادامه یابند.

من آگاهی دارم که تصمیم گیری برای مصرف دارو بر عهده من است، ولی همواره می‌بایست در خصوص قطع مصرف داروها، با روانشناسم/پرستارم مشورت کنم.

من آگاهی دارم که روانشناسم/ پرستارم بر این باورند که این دارو به من کمک خواهد کرد، ولی هیچ ضمانتی در دستیابی به نتیجه دلخواه وجود ندارد.

این فرم را مطالعه کرده‌ام  این فرم برای من خوانده شد

این فرم به زبان ----- برای من ترجمه شد.

در صورتی که نسخه ترجمه شده این فرم توسط مراجعه کننده و یا فرد بزرگسال مسئول وی امضا شده باشد، نسخه ترجمه شده باید به نسخه انگلیسی پیوست گردد.

اطلاعات موجود در این فرم به من توضیح داده شد، و با مصرف دارو(ها) به شکل تجویز شده، موافقت می‌نمایم. من آگاهی دارم که می‌توانم در هر زمان از رضایت خود، صرف نظر نمایم.

امضا: \_\_\_\_\_ امضا: \_\_\_\_\_

(مراجعه کننده)

(والدین / قیم قانونی/ سرپرست)

همه مزایا، عوارض جانبی و خطرات دارو(ها)ی فهرست شده در بالا را به بیمار توضیح داده و رضایت بیمار/ قیم قانونی را بدست آوردم.

امضا: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

(روانشناس یا پرستار)

نام: _____ درمانگاه یا کلینیک: _____ شماره پرونده بیمار: _____ شماره درمانگاه یا کلینیک: _____ شهرستان لس آنجلس - بخش سلامت روانی	اطلاعات محرمانه حاضر در چهار چوب قوانین ایالتی و فدرال شامل قانون رفاه و سازمان‌ها، قانون مدنی و استانداردهای حریم خصوصی HIPAA به شما ارائه می‌گردد. تکثیر اطلاعات حاضر بدون اجازه کتبی قبلی از مراجعه کننده / نماینده رسمی وابسته به آن ممنوع می‌باشد، مگر در مواردی که در قانون مجاز دانسته شده است. پس از به نتیجه رسیدن درخواست اصلی، اطلاعات ارائه شده در این فرم پایست نابود گردند.
---	---

فرم بررسی داروهای بیماران سرپایی