MH 556
수정 9/26/16

외래 환자 (수술치료 동의서)

본인은 _____의 치료를 위해 본인 / 본인의 자녀에게 약물 치료를 권장한 본인의 정신과의사 또는 임상 간호사, _____와 상담을 하였습니다._____

본인은 본인의 정신과 의사 또는 임상 간호사와 다음과 같은 약물치료에 대해서도 상의했습니다: _____

☐ 현재로서는 제일 적합한 치료로 처방된 약물은 아래와 같습니다:

약이름	약종류 항우울제, 항불안제, 기분 안정제,	복용 양 (PRN 포함)	복용횟수	복용방법 (경구/주사)	복용기간
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

본인은 치료 중 약물의 복용 양, 시간, 횟수 등 모든 변경 사항이 본인과 상의될 것임을 이해합니다.

본인은 다음을 포함한 일부 부작용이 있을 수 있음에 대해 설명받았습니다:

☐ 근육 경직/떨림 ☐ 졸림 ☐ 입 마름/시력 저하/변비
☐ 메스꺼움/식욕 변화 ☐ 성적 문제 ☐ 임신 문제 ☐ 어지러움
☐ 기타 약물 및 음식 섭취 & 건강 상태 관련 문제 ☐ 당뇨병 ☐ 체중 증가
☐ 기타 _____

본인은 위에 명시된 증상이 흔한 부작용들이며, 기타 다른 부작용들이 있을 수 있음을 이해합니다. 본인은 또한 본인의 상태에 대한 변화 (예를 들어, 어지러움, 심각한 진정 상태, 발진), 본인이 임신할 경우 그리고/또는 기타 증상에 대해 새로운 약물을 처방 받을 경우 본인의 정신과 의사 또는 임상 간호사에게 즉시 알릴 것에 대해 이해합니다.

위에 명시된 부작용과 더불어, 본인은 다음과 같은 추가적인 장기 투여 부작용이 있을 수 있음을 이해합니다 (3 개월 이후 나타남):

☐ 위에 명시되지 않은 장기 부작용을 명시하십시오 _____

본인은 일부 항정신병 약으로 혀, 얼굴, 목, 사지, 또는 몸통의 비자발적 움직임이 나타나는 부작용, 자발성 안면마비가 있을 수 있음과 약물 복용 이후에도 이러한 증상이 지속될 수 있음을 이해합니다.

본인은 약물 투여에 대한 결정은 본인의 선택이나, 본인의 약물 복용 중지에 대한 결정은 항시 본인의 정신과 의사/ 임상 간호사와 우선적으로 복용해야함에 대해 이해합니다.

본인은 본인의 정신과 의사/임상 간호사가 이 약물이 본인의 치료에 도움이 될 것이라고 믿고 있으나, 결과에 대해 보장하지 않음에 대해 이해합니다.

☐ **본인은 이 양식을 읽었고 약물치료에 대해 이해합니다.**

고객 및/또는 보호자가 이 양식의 번역본에 서명한 경우, 영어 원본에 번역본이 첨부되어야 합니다.

이 양식에 대한 비용이 본인에게 설명되었으며, 본인은 처방된 약물 복용에 동의합니다. 본인은 언제든지 이에 대한 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다.

서명: _____ **서명:** _____
(고객) (부모/법정 후견인/보호자)

본인은 위에 명시된 약물의 효과, 부작용, 위험성에 대해 설명하였으며 환자/보호자의 동의를 얻었습니다.

서명: _____ **날짜:** _____
(정신과 의사 또는 임상 간호사)

이 기밀 정보는 주 연방 법률 및 규정에 의거하여 제공되었으며 해당 복지 기관 코드, 민법 및 HIPAA 개인 정보 보호 기준이 적용되며 이에 제한되지 않습니다. 법률 허가를 받은 경우를 제외하고 고객/허가 받은 담당자의 승인 서면 허가 없이 추가 유출의 목적으로 이 정보를 복제하는 것을 금지합니다. 명시된 이 요청의 목적 달성 후, 이 정보는 폐기되어야 합니다.

Name: **DMH ID#:**
Agency: **Provider #:**
Los Angeles County – Dept of Mental Health