MH 556
修訂日 9/26/16

門診用藥審閱表

本人已與本人的精神科醫生家或執業護士 _____ 交談過，他/她建議本人/本人的孩子接受藥物以治療 _____ 的症狀。

我們也談過合理的替代方案，例如：_____

☐ 目前無須轉換其它的合理替代方案。以下為所開立的處方藥物類型：

藥物名稱		治療類型 抗抑鬱、抗焦慮、情緒穩定劑、抗精神病、其它	服藥劑量 （包括需要時給予/PRN）	服藥次數	服藥方式 （口服/注射）	服藥持續時間
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- 本人瞭解上述的服藥劑量和服藥時間，治療期間的服藥劑量和/或服藥次數，如有任何變更，將會與本人討論。

本人已被告知一些可能的副作用，包括：

☐ 肌肉僵硬/震顫 ☐ 嗜睡 ☐ 口乾/視力模糊/便祕
☐ 噁心/食欲改變 ☐ 性問題 ☐ 妊娠問題 ☐ 頭暈
☐ 與其它藥物、食物和健康情況的交互作用 ☐ 糖尿病 ☐ 體重增加
☐ 其它 _____

- 本人瞭解這些是服藥後常見的副作用，並且瞭解可能引起其它較少見的副作用產生。本人也瞭解如果本人的情況（例如：頭暈、嚴重的鎮靜（sedation）、皮疹等）有任何變化、如有懷孕，和/或為了治療其他病狀而服用/被開立任何新的處方藥物時，本人應即時通知我的精神科醫生或執業護士。
- **除了上述副作用外，本人也瞭解可能會因長期服用而產生額外的副作用（一般會在 3 個月後出現），例如:**
  ☐ 除上述副作用外並無其他副作用
  ☐ 請說明上述並未列出的長期副作用_____
- 本人瞭解，當服用某些抗精神病藥物時，可能會有遲發性運動障礙（tardive dyskinesia）的副作用，它可能會導致舌頭、面部、頸部、四肢或軀幹不自主的動作，即使停止服藥後，該症狀也可能持續存在。
- 本人瞭解是否服藥的決定權在於本人自己，但在決定停止服藥前，本人應該首先與本人的精神病專家/執業護士討論。
- 本人瞭解本人的精神科醫生/執業護士認為此藥物能夠對我的病情有所幫助，但無法保證服藥後的成效。

☐ **本人已閱讀此表** ☐ **此表已由_____(關係)_____向我閱讀**

☐ **此表已透過轉譯為_____版本予本人知悉。**

如此表有翻譯版本並由客戶和/或負責成人簽名，該譯本須連同英文版本一併附上。

此表已經解釋予本人知悉，且本人同意服用所開立之處方藥物。本人亦瞭解本人可以隨時撤銷此同意。

簽名： _____ **簽名：** _____
（客戶） （家長/法定監護人/監管人）

本人已針對上述藥物的藥效、副作用和風險加以解釋，且已知會病患/負責成人後取得其同意。

簽名：_____ **日期：**_____
（精神科醫生或執業護士及認可人仕）

本表所提供給您的機密資訊均符合州立和聯邦法律及規定，包括但不限於，可適用的福利與機構法（Welfare and Institutions code）、民法（Civil Code）和健康保險隱私及責任（HIPAA）隱私標準。若非經由客戶/經授權代表人士之書面授權允許，嚴禁將本資訊複製以作揭露之用，而經法律允許者則除外。經滿足原先請求所述之目的後，即須銷毀本資訊。

姓名： **DMH ID 編號：**
機構： 服務提供者編號：
洛杉磯縣 — 心理健康服務部