

XÉT DUYỆT THUỐC NGOẠI TRÚ

Tôi đã trao đổi với bác sĩ tâm thần hoặc chuyên viên điều dưỡng của mình, _____, người đã đề nghị rằng tôi / con tôi tiếp nhận (các loại) thuốc để điều trị các triệu chứng của _____

Chúng tôi cũng đã trao đổi về các lựa chọn thay thế hợp lý, như: _____

Không có lựa chọn thay thế hợp lý sẵn có tại thời điểm này. (Các) Loại thuốc theo kê toa được xác định dưới đây:

(Các loại) Thuốc	Loại Chống trầm cảm, Giải tỏa lo âu, Rối loạn tâm trạng, Ổn định tâm trạng, Chống rối loạn thần kinh, Khác	Liều lượng (bao gồm cả trường hợp cần thiết)	Tần suất	Cách dùng (Uống/Tiêm)	Thời gian
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Tôi hiểu rõ về (các) liều lượng và khi nào cần dùng (các loại) thuốc, và rằng bất kỳ thay đổi nào về liều lượng và/hoặc tần suất dùng thuốc trong quá trình điều trị sẽ được thảo luận với tôi.

Tôi đã được thông báo rằng có thể có một số tác dụng phụ, bao gồm:

- Căng/run cơ bắp Buồn ngủ Khô miệng, mờ mắt, táo bón
 Buồn nôn/thay đổi khẩu vị Các vấn đề tình dục Các vấn đề thai sản Chóng mặt
 Tương tác với các loại thuốc, thực phẩm & tình trạng sức khỏe khác Tiểu đường Tăng cân
 Khác _____

Tôi hiểu rằng đây là những tác dụng phụ thường gặp, và rằng có thể có những tác dụng phụ ít gặp khác. Tôi cũng hiểu rằng tôi nên kịp thời thông báo với bác sĩ tâm thần hoặc chuyên viên điều dưỡng của mình về các thay đổi trong tình trạng bệnh của tôi (ví dụ: chóng mặt, buồn ngủ trầm trọng, phát ban), nếu tôi mang thai, và/hoặc bất kỳ loại thuốc mới nào tôi có thể dùng/được kê toa cho các tình trạng bệnh lý khác.

Ngoài các tác dụng phụ nêu trên, tôi hiểu rằng có thể có thêm các tác dụng phụ do dùng thuốc lâu dài (xuất hiện sau 3 tháng) như: Không có ngoài các tác dụng phụ liệt kê ở trên

Mô tả tác dụng phụ lâu dài không được các xác định ở trên _____

Với một số loại thuốc chống rối loạn thần kinh, tôi hiểu rằng có thể có tác dụng phụ là rối loạn vận động muộn, có thể gây ra cử động vô thức của lưỡi, mặt, cổ, tay chân hoặc thân mình và có thể vẫn tiếp tục thậm chí sau khi ngừng dùng thuốc.

Tôi hiểu rằng quyết định dùng thuốc là phụ thuộc vào tôi, nhưng tôi nên luôn luôn trao đổi với bác sĩ tâm thần/chuyên viên điều dưỡng của mình về mọi quyết định ngừng dùng thuốc.

Tôi hiểu rằng bác sĩ tâm thần/chuyên viên điều dưỡng của mình tin rằng loại thuốc này sẽ giúp tôi, nhưng không có đảm bảo về kết quả.

TÔI ĐÃ ĐỌC MẪU ĐƠN NÀY MẪU ĐƠN NÀY ĐÃ ĐƯỢC ĐỌC CHO TÔI

MẪU ĐƠN NÀY ĐÃ ĐƯỢC PHIÊN DỊCH SANG _____ CHO TÔI.

Nếu bản dịch của Mẫu đơn này được ký bởi khách hàng và/hoặc người lớn có trách nhiệm, phải đính kèm bản tiếng Anh với bản dịch.

THÔNG TIN TRÊN MẪU ĐƠN ĐÃ ĐƯỢC GIẢI THÍCH CHO TÔI, VÀ TÔI ĐỒNG Ý DÙNG (CÁC LOẠI) THUỐC THEO KÊ TOA. TÔI HIỂU RẰNG TÔI CÓ THỂ RÚT LẠI SỰ ĐỒNG Ý BẤT CỨ KHI NÀO.

Chữ ký: _____ Chữ ký: _____
(Khách hàng) (Phụ huynh/Người giám hộ Hợp pháp/Người bảo hộ)

TÔI ĐÃ GIẢI THÍCH CÁC LỢI ÍCH, TÁC DỤNG PHỤ VÀ RỦI RO CỦA (CÁC LOẠI) THUỐC LIỆT KÊ Ở TRÊN VÀ ĐÃ CÓ ĐƯỢC SỰ CHẤP THUẬN CỦA BỆNH NHÂN/NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH CÓ TRÁCH NHIỆM.

Chữ ký: _____ Ngày: _____
(Bác sĩ tâm thần hoặc Chuyên viên Điều dưỡng và Kỹ thuật)

Thông tin bảo mật này được cung cấp cho quý vị tuân theo các điều luật và quy định của Tiểu Bang và Liên Bang bao gồm nhưng không giới hạn ở Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế (Welfare and Institutions Code), Bộ Luật Dân Sự (Civil Code) và Chuẩn Mục về Quyền Riêng Tư theo Đạo Luật Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA Privacy Standards). Nghiêm cấm việc sao chép thông tin này cho mục đích công bố khác mà không có sự cho phép trước bằng văn bản của khách hàng/đại diện được ủy quyền cho người mà thông tin này thuộc về, trừ trường hợp luật pháp cho phép. Yêu cầu hủy thông tin này sau khi hoàn thành mục đích nêu ra về nguyện vọng ban đầu.

Tên: _____ DHM ID #: _____
Cơ quan: _____ Nhà cung cấp #: _____
Quận Los Angeles – Sở Sức Khỏe Tâm Thần

XÉT DUYỆT THUỐC NGOẠI TRÚ