

ОБЗОР АМБУЛАТОРНОГО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО (ИЛИ МЕДИКОМЕНТОЗНОГО) ЛЕЧЕНИЯ

Я поговорил (а) со своим лечащим психиатром или медицинской сестрой высшей квалификации, _____, который (-ая) порекомендовал (-а) мне/моему ребенку принимать лекарство (-а) для лечения симптомов _____

Мы также обсудили приемлемые альтернативные методы лечения, как: _____

На данный момент приемлемых альтернативных методов лечения нет. Вид (-ы) назначенного лекарства представлен (-ы) ниже:

Препарат (-ы)	Тип Антидепрессант, транквилизатор, стабилизатор настроения, антипсихотический препарат, другой	Дозировка (включая таблетку, принимаемую по необходимости)	Частота приема	Способ применения (Перорально/инъек- ции)	Продолжи- тельность
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Мне понятны назначенная (-ые) дозировка (-и) и время приема лекарств (-а), я также отдам себе отчет в том, что любые изменения в дозировке лекарства и/или частоте его приема в ходе курса лечения будут со мной обговорены.

Меня проинформировали, что возможны некоторые побочные эффекты, включая:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ригидность мышц/дрожь | <input type="checkbox"/> Сонливость | <input type="checkbox"/> Сухость во рту/размытая картинка перед глазами/запор |
| <input type="checkbox"/> Тошнота/изменения в аппетите | <input type="checkbox"/> Сексуальные расстройства | <input type="checkbox"/> Проблемы, связанные с беременностью |
| <input type="checkbox"/> Взаимодействие с другими препаратами, пищей и состоянием здоровья | <input type="checkbox"/> Диабет | <input type="checkbox"/> Головокружение |
| <input type="checkbox"/> Другое _____ | | <input type="checkbox"/> Увеличение веса |

Я понимаю, что выше перечислены наиболее распространенные побочные эффекты, и что возможно возникновение менее распространенных побочных эффектов. Я также понимаю, что должен/должна своевременно информировать своего психиатра или медицинскую сестру высшей квалификации об изменениях в моем состоянии (например, о головокружении, сильном эффекте, высыпаниях и пр.), о наступившей беременности и/или о других назначенных мне по другим показаниям медицинских препаратах.

Мне понятно, что, помимо вышеперечисленных побочных эффектов, могут возникнуть и сохраняться другие долговременные побочные эффекты (возникающие через 3 месяца), такие как: Ни один, помимо тех, что перечислены выше

Описание долговременных побочных эффектов, не указанных выше

Я понимаю, что при приеме антипсихотических препаратов может возникнуть такой побочный эффект, как поздняя дискинезия, которая может вызвать непроизвольные движения языка, лица, шеи, конечностей или туловища и может сохраняться даже после прекращения лечения.

Я понимаю, что за решение о приеме лекарств отвечаю лично я, и что отказ от их приема я также всегда должен/должна сначала обсудить с моим врачом психиатром/медицинской сестрой высшей квалификации.

Я понимаю, что мой врач психиатр/медицинская сестра высшей квалификации считает, что данное лекарство поможет мне, но не может предоставить никаких гарантий относительно результатов.

Я ПРОЧИТАЛ (-А) ДАННУЮ ФОРМУ СОДЕРЖАНИЕ ДАННОГО ДОКУМЕНТА БЫЛО ПРОЧИТАНО МНЕ

ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ БЫЛ ПЕРЕВЕДЕН НА _____ ДЛЯ МЕНЯ.

Если переведенный вариант данной формы был подписан клиентом и/или лицом, представляющим интересы несовершеннолетнего, такой перевод необходимо приложить к английской версии формы.

МНЕ ОБЪЯСНИЛИ ИНФОРМАЦИЮ, ИЗЛОЖЕННУЮ В ДАННОЙ ФОРМЕ, Я СОГЛАШАЮСЬ ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВО (-А) СОГЛАСНО ПРЕДПИСАНИЮ. МНЕ ИЗВЕСТНО, ЧТО Я МОГУ ОТОЗВАТЬ ДАННОЕ СОГЛАСИЕ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ.

Подпись: _____ Подпись: _____
(Клиент) (Родитель/Опекун/Представитель)

МНЕ ОБЪЯСНИЛИ ПРЕИМУЩЕСТВА, ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ПРИЕМОМ ЛЕКАРСТВ (-А), ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ (-ОГО) ВЫШЕ, ПОЛУЧЕНО СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА/ОТВЕТСТВЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО.

Подпись: _____ Дата: _____
(Психиатр или другой представитель медицинского персонала в данной области)

Данная конфиденциальная информация предоставляется вам в соответствии с законами штата и государства и правилами, включая, но не ограничиваясь, применимые Кодекс Благополучия и Учреждений, Гражданский Кодекс и Стандарты Конфиденциальности Закона об Ответственности и Переносе Данных о Страховании Здоровья Граждан (HIPAA). Дублирование этой информации для дальнейшей передачи информации запрещается без предварительного письменного разрешения клиента/уполномоченного представителя, к которому она относится, если иное не разрешено законом. Данная информация должна быть уничтожена после выполнения заявленных первоначальных задач.

Имя: _____ Идентификационный
номер Департамента Психического Здоровья:
Агентство:
Номер клиники (или программы):
Округ Лос-Анджелеса – Департамент Психического
Здоровья

ОБЗОР АМБУЛАТОРНОГО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО (ИЛИ МЕДИКОМЕНТОЗНОГО) ЛЕЧЕНИЯ