MH 556T
Binago noong 02/11/11

PAGSUSURI SA GAMOT NG OUTPATIENT

Nakipag-usap ako sa aking psychiatrist o nars na may espesyalidad sa pangangalaga, _____, na nagrekomenda na ako o ang aking anak ay tumatanggap ng (mga) gamot upang gamutin ang mga sintomas ng: _____

_____

Ang (mga) uri ng gamot na inireseta ay may tsek sa ibaba:

☐ **Panlaban sa Lungkot (*Antidepressant*)** ☐ **Panlaban sa pang-aagam-agam (*Anxiolytic*)**
☐ **Pampatatag ng Emosyon (*Mood Stabilizer*)** ☐**Panlaban sa kapansanan sa pag-iisip-*(Antipsychotic)*** ☐ **Iba pa**_____

(Mga) Gamot	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

Nauunawaan ko ang (mga) dosis at kung kailan dapat inumin (mga) gamot, at ang anumang mga pagbabago sa dosis ng gamot at/o ng dalas sa haba ng paggagamot ay tatalakayin sa akin.

Ipinagbigay-alam sa akin ang ilang mga hindi kanais-nais na epekto na maaaring maganap, kabilang ang:

☐ Paninigas/panginginig ng kalamnan ☐ Inaantok ☐ Nanunuyong bibig/malabong paningin/hindi makadumi
☐ Naduduwal/pagbabago sa ganang kumain ☐ Mga problemang sekswal ☐ Mga problema sa pagbubuntis ☐ Nahihilo
☐ Interaksyon sa ibang mga gamot, pagkain at kondisyon ng kalusugan ☐ Diyabetes ☐ Pagtaba
☐ Iba pa _____

Nauunawaan ko na ang mga ito ay karaniwang epekto lamang at maaaring may iba pang hindi gaanong karaniwan. Nauunawaan ko din na dapat kong ipagbigay-alam kaagad sa aking psychiatrist o iba pang tauhan ng Klinika ang tungkol sa mga pagbabago sa aking kondisyon (hal. pagkahilo, matinding sedasyon o pagpapakalma, pamamantal), kung ako ay mabuntis, at/o may anumang bagong gamot na maaaring ireseta sa akin para sa iba pang mga kondisyon.

Sa pamamagitan ng ilang mga panlaban sa sakit sa pag-iisip nauunawaan ko na mayroong mga posibleng hindi kanais-nais na epekto, na *tardive dyskinesia*, na maaaring magdulot ng hindi mapigilang paggalaw ng dila, mukha, leeg, mga kamay at paa, o katawan at maaaring magpatuloy kahit na ihinto ang gamot.

Nauunawaan ko na ang pagpapasiyang uminom ng gamot ay depende sa akin, pero parati ko dapat talakayin muna sa aking psychiatrist ang anumang pagpapasiya upang ihinto ang gamot. Nauunawaan ko na ang aking psychiatrist ay naniniwala na ang gamot na ito ay makakatulong sa akin, pero walang garantiya sa mga resulta.

☐ **NABASA KO ANG *FORM* NA ITO** ☐ **BINASA SA AKIN ANG *FORM* NA ITO**

☐ **ANG *FORM* NA ITO AY ISINALIN SA _____PARA SA AKIN.**

Kung ang isang nakasalin-wika na bersyon ng form na ito ay nilagdaan ng kliyente at/o responsableng taong nasa hustong gulang , nakalakip dapat ang isinaling bersyon sa Ingles na bersyon.

ANG IMPORMASYON SA *FORM* AY NAIPALIWANAG SA AKIN, AT AKO AY SUMASANG-AYON NA INUMIN ANG (MGA) GAMOT AYON SA RESETA.

Lagda: _____ **Lagda:** _____
(Kliyente) (Magulang/Legal na Tagapag-alaga/Konserbator)

IPINALIWANAG KO ANG MGA BENEPISYO, HINDI KANAIS-NAIS NA EPEKTO AT PANGANIB NG (MGA) GAMOT NA NAKALISTA SA ITAAS AT AKING NAKUHA ANG MAY KAALAMANG PAHINTULOT NG PASYENTE/MANANAGOT NA NASA HUSTONG GULANG.

Lagda: _____ **Petsa:** _____
(Psychiatrist o Nag-aalagang Nars)

Ang kompidensyal na impormasyong ito ay ipinagkaloob sa iyo alinsunod sa batas at regulasyon ng Estado at Pederal kabilang ang nguni't hindi limitado sa naaangkop na Welfare and Institutions code (Kodigo sa Kapakanan at Mga Institusyon), Civil Code (Kodigong Sibil) at HIPAA Privacy Standards (Mga Pamantayan ng HIPAA sa Pagkapribado). Ang paggawa ng kopya ng impormasyong ito para sa karagdagang pagsisiwalat ay ipinagbabawal nang walang paunang nakasulat na pahintulot ng kliyente/awtorisadong kinatawan na may kinalaman maliban kung iba ang pinapahintulot ng batas. Ang pagsira sa impormasyong ito ay kinakailangan matapos matugunan ang ipinahayag na layunin ng orihinal na kahilingan.

Pangalan: **Numero ng IS:**
Ahensiya:
Numero ng Tagapagkaloob ng Serbisyo:

County ng Los Angeles – Kagawaran ng Kalusugang Pangkaisipan

PAGSUSURI SA GAMOT NG OUTPATIENT