



Sở Sức khỏe Tâm thần Quận Los Angeles - Giấy chấp thuận sử dụng thuốc

Các loại thuốc hiện đang sử dụng

Các loại thuốc hiện đang được kê đơn/thảo luận:

Thỏa thuận đồng ý và xác nhận

Vui lòng xem xét và kiểm tra tất cả các thông tin xác nhận thích hợp bên dưới:

- ☐ **Lý do sử dụng thuốc:** Lý do sử dụng thuốc, bao gồm cả khả năng cải thiện hoặc không cải thiện nếu không dùng thuốc, đã được thảo luận với khách hàng/người đại diện pháp lý và được ghi chép trong Hồ sơ bệnh án.
- ☐ **Liều lượng, tần suất và cách dùng:** Liều lượng, tần suất, phương pháp dùng thuốc và thời gian sử dụng thuốc đã được thảo luận với khách hàng/người đại diện pháp lý. Mọi thay đổi trong quá trình điều trị sẽ được thảo luận với khách hàng/người đại diện pháp lý.
- ☐ **Các phương án điều trị thay thế:** Các phương án thay thế hợp lý, nếu có, đã được thảo luận với khách hàng/người đại diện pháp lý.
- ☐ **Thông báo về Tác dụng phụ & Chứng Loạn động Muộn:** Khách hàng/người đại diện hợp pháp đã được thông báo về các tác dụng phụ có thể xảy ra, bao gồm cả những tác dụng phụ có thể xuất hiện sau 3 tháng; đồng thời, nếu áp dụng, họ cũng được thông báo rằng một số loại thuốc chống loạn thần có nguy cơ gây ra chứng loạn động muộn (tình trạng cử động không tự chủ ở lưỡi, mặt, cổ, tứ chi hoặc thân mình, có thể vẫn tiếp diễn ngay cả khi đã ngừng dùng thuốc).
- ☐ **Thông báo bằng văn bản đã được cung cấp:** Thông báo bằng văn bản (ví dụ: tờ rơi Kết nối chỉ định) về thuốc và tác dụng phụ của thuốc đã được cung cấp cho khách hàng/người đại diện pháp lý.
- ☐ **Trách nhiệm của khách hàng & Thông báo về các thay đổi:** Khách hàng/người đại diện hợp pháp đã được thông báo về việc cần kịp thời báo cho chuyên gia y tế điều trị biết về các thay đổi trong tình trạng sức khỏe (ví dụ: chóng mặt, buồn ngủ/an thần mạnh, phát ban), tình trạng mang thai, quyết định ngưng dùng thuốc, hoặc bất kỳ loại thuốc mới nào (kể cả thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn) đang sử dụng.
- ☐ **Đồng ý và rút lại tự nguyện:** Khách hàng/người đại diện pháp lý đã được thông báo rằng họ có thể rút lại sự đồng ý bất cứ lúc nào.

Các nhóm dân cư đặc biệt / Các bình luận khác

Nếu có, hãy cho biết liệu biểu mẫu JV 220 đã được hoàn thành và nhập vào Hồ sơ lâm sàng hay chưa:

Thông tin bảo mật này được cung cấp cho quý vị theo đúng luật và quy định của Tiểu bang và Liên bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở Bộ luật Phúc lợi và Thẻ chề, Bộ luật Dân sự và Tiêu chuẩn Bảo mật HIPAA hiện hành. Nghiêm cấm sao chép thông tin này để tiết lộ thêm nếu không có sự cho phép bằng văn bản trước đó của khách hàng/người đại diện được ủy quyền có liên quan, trừ trường hợp pháp luật cho phép. Việc hủy bỏ thông tin này là bắt buộc sau khi mục đích đã nêu trong yêu cầu ban đầu được hoàn thành.

Họ và tên: _____ Mã số: _____

Cơ quan: _____ Mã nhà cung cấp: _____

Quận Los Angeles – Sở Sức khỏe Tâm thần

☐ Đã hoàn tất trong Hồ sơ lâm sàng JV-223 Ngày chỉ định: _____

Các ý kiến khác về việc đồng ý sử dụng thuốc:

Xác nhận và Chữ ký

Thông tin được cung cấp bằng: _____ (Ngôn ngữ)

Chữ ký của Khách hàng / Người đại diện pháp lý*:	Tên in hoa:	Ngày:
Chữ ký của Bác sĩ/Y tá chuyên khoa:	Tên in hoa & Số giấy phép:	Ngày:

Xác nhận đồng ý bằng lời nói / Tình trạng bản sao biểu mẫu:
* Khách hàng/Người đại diện pháp lý không thể ký tên nhưng đã đồng ý bằng lời nói: ☐ Có ☐ Không
* Bản sao của mẫu đơn này đã được cung cấp cho khách hàng/người đại diện pháp lý: ☐ Có ☐ Không