



إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس الموافقة على تناول الأدوية

الأدوية الحالية
الأدوية الموصوفة/المناقشة حالياً:
الموافقة المستتيرة والإقرارات
يرجى مراجعة جميع الإقرارات ذات الصلة أدناه والتحقق منها: ☐ أسباب تناول الأدوية: تمت مناقشة أسباب تناول الأدوية، بما في ذلك احتمالية التحسن أو عدم التحسن بدون هذه الأدوية، مع العميل / الممثل القانوني وتم توثيقها في السجل السريري. ☐ الجرعة والتكرار وطريقة الإعطاء: تمت مناقشة الجرعة والتكرار وطريقة الإعطاء ومدة الدواء (الأدوية) مع العميل / الممثل القانوني. سيتم مناقشة أي تغييرات تحدث أثناء العلاج مع العميل/الممثل القانوني. ☐ بدائل العلاج: تمت مناقشة البدائل المعقولة، إن وجدت، مع العميل/الممثل القانوني. ☐ إشعار بشأن الآثار الجانبية وخلل الحركة المتأخر: تم إبلاغ العميل/الممثل القانوني بالآثار الجانبية المحتملة بما في ذلك تلك التي قد تظهر بعد 3 أشهر، وإذا كان ذلك ممكناً، تم إخطاره بأنه مع بعض مضادات الذهان هناك أثر جانبي محتمل يتمثل في خلل الحركة المتأخر (حركة لا إرادية للسان أو الوجه أو الرقبة أو الأطراف أو الجذع والتي قد تستمر بعد التوقف عن تناول الدواء). ☐ تم تقديم إشعار كتابي: تم تقديم إشعار كتابي (على سبيل المثال، نشرة Order Connect) بشأن الدواء (الأدوية) وآثاره الجانبية إلى العميل / الممثل القانوني. ☐ مسؤوليات العميل والإبلاغ عن التغييرات: تم إخطار العميل/الممثل القانوني لإبلاغ مقدم الرعاية الصحية المعالج على الفور عن تغييرات الحالة (مثل الدوخة، التخدير الشديد، الطفح الجلدي)، والحمل، وقرارات التوقف عن تناول الدواء، أو أي أدوية جديدة موصوفة/بدون وصفة طبية. ☐ الموافقة الطوعية والانسحاب: تم إبلاغ العميل/الممثل القانوني بأنه يجوز له سحب موافقته في أي وقت.
الفئات السكانية الخاصة / تعليقات أخرى
إذا كان ذلك مناسباً، فحدد ما إذا تم إكمال نموذج JV 220 وإدخاله في السجل السريري: ☐ تم إكمال البيانات في السجل السريري JV-223 تاريخ الطلب: _____

الاسم: _____ رقم الهوية: _____ الجهة: _____ رقم المزود: _____ مقاطعة لوس أنجلوس - إدارة الصحة العقلية	يتم تزويدك بهذه المعلومات السرية وفقاً لقوانين ولوائح الولاية والقوانين الفيدرالية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر قانون الرعاية الاجتماعية والمؤسسات المعمول به، والقانون المدني ومعايير خصوصية قانون HIPAA. يُمنع نسخ هذه المعلومات لأغراض الإفصاح عنها لاحقاً دون الحصول على إذن كتابي مسبق من العميل/الممثل المعتمد الذي تنطبق به، ما لم يسمح القانون بخلاف ذلك. يشترط إتلاف هذه المعلومات بعد تحقيق الغرض المذكور في الطلب الأصلي.
--	--

ملاحظات أخرى بشأن الموافقة على تناول الأدوية:

الإقرارات والتوقيعات

المعلومات مقدمة باللغة: _____ (اللغة)

توقيع العميل / الممثل القانوني*:	الاسم المطبوع	التاريخ
توقيع الطبيب البشري أو الممرض الممارس:	الاسم المطبوع ورقم الرخصة	التاريخ

الموافقة الشفهية / حالة نسخة النموذج:

* العميل/الممثل القانوني غير قادر على التوقيع، ولكنه قدم موافقة شفهية: ☐ نعم ☐ لا

* تم تقديم نسخة من هذا النموذج إلى العميل/الممثل القانوني: ☐ نعم ☐ لا

يتم تزويدك بهذه المعلومات السرية وفقاً لقوانين ولوائح الولاية والقوانين الفيدرالية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر قانون الرعاية الاجتماعية والمؤسسات المعمول به، والقانون المدني ومعايير خصوصية قانون HIPAA. يُمنع نسخ هذه المعلومات لأغراض الإفصاح عنها لاحقاً دون الحصول على إذن كتابي مسبق من العميل/الممثل المعتمد الذي تتطابق به، ما لم يسمح القانون بخلاف ذلك. يُشترط إتلاف هذه المعلومات بعد تحقيق الغرض المذكور في الطلب الأصلي.

مقاطعة لوس أنجلوس - إدارة الصحة العقلية