



Լոս Անջելեսի վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն Դեղորայքային բուժման համաձայնություն

Ներկայում ընդունվող դեղամիջոցներ

Ներկայում նշանակված/քննարկված դեղամիջոցներ`

Տեղեկացված համաձայնություն և հաստատումներ

Խնդրում ենք ծանոթանալ ստորև նշված կետերին և նշել բոլոր կիրառելի հաստատումները`

- ☐ **Դեղորայքի ընդունման պատճառները.** Դեղամիջոցներն ընդունելու պատճառները, ներառյալ այն հանգամանքը, թե որքանով է հավանական վիճակի բարելավումը կամ չբարելավումը` առանց տվյալ դեղամիջոցների ընդունման, քննարկվել են հաճախորդի/օրինական ներկայացուցչի հետ և փաստաթղթավորվել են կլինիկական գրառումներում:
- ☐ **Դեղաչափը, ընդունման հաճախականությունը և կիրառման եղանակը.** Դեղամիջոցի(ների) դեղաչափը, ընդունման հաճախականությունը, կիրառման եղանակը և ընդունման տևողությունը քննարկվել են հաճախորդի/օրինական ներկայացուցչի հետ: Բուժման ընթացքում կատարվող ցանկացած փոփոխություն կքննարկվի հաճախորդի/օրինական ներկայացուցչի հետ:
- ☐ **Հնարավոր ողջամիտ այլընտրանքները,** եթե այդպիսիք կան, քննարկվել են հաճախորդի/օրինական ներկայացուցչի հետ:
- ☐ **Հաճախորդը/օրինական ներկայացուցիչը տեղեկացվել է հնարավոր կողմնակի ազդեցությունների մասին, ներառյալ այն ազդեցությունները, որոնք կարող են ի հայտ գալ 3 ամիս անց, և, կիրառելի լինելու դեպքում, տեղեկացվել է, որ որոշ հակափսիխոտիկ դեղամիջոցներ կարող են առաջացնել ուշացած դիսկինեզիա` լեզվի, դեմքի, պարանոցի, վերջույթների կամ իրանի ակամա շարժումներ, որոնք կարող են պահպանվել նաև դեղորայքի ընդունումը դադարեցնելուց հետո:**
- ☐ **Հաճախորդին/օրինական ներկայացուցչին առաջարկվել է դեղամիջոցի(ների) և դրանց կողմնակի ազդեցությունների վերաբերյալ գրավոր տեղեկատվություն (օրինակ` Order Connect տեղեկատվական թերթիկ):**
- ☐ **Հաճախորդի պարտականությունները և փոփոխությունների մասին տեղեկացումը.** Հաճախորդը/օրինական ներկայացուցիչը տեղեկացվել է, որ պետք է անհապաղ տեղեկացնի բուժող ծառայություն մատուցողին առողջական վիճակի փոփոխությունների մասին (օրինակ` գլխապտույտ, ուժեղ քնկոտություն/հանգստացնող ազդեցություն, ցան), հղիության, դեղորայքի ընդունումը

Այս գաղտնի տեղեկատվությունը Ձեզ տրամադրվում է նահանգային և դաշնային օրենքների ու կանոնակարգերի համաձայն, ներառյալ, սակայն չսահմանափակվելով, կիրառելի Սոցիալական ապահովության և հաստատությունների օրենսգրքի, Ջադաքցիական օրենսգրքի և HIPAA-ի գաղտնիության չափանիշների պահանջներով: Այս տեղեկատվության պատճենահանումը` հետագա բացահայտման նպատակով, արգելվում է առանց այն հաճախորդի/իմացողված ներկայացուցչի նախնական գրավոր թույլտվության, որին այն վերաբերում է, եթե օրենքով այլ բան թույլատրված չէ: Այս տեղեկատվությունը պետք է ոչնչացվի սկզբնական հարցման մեջ նշված նպատակի իրականացումից հետո:

Անուն` _____
Նույնականացման համար` _____

Գործակալություն` _____

Ծառայություն մատուցողի համար` _____

Լոս Անջելեսի վարչաշրջան. Հոգեկան առողջության
վարչություն

դադարեցնելու որոշման կամ նոր նշանակված/առանց դեղատոմսի ձեռք բերված ցանկացած դեղամիջոցի մասին:

☐ Կամավոր համաձայնություն և համաձայնության հետևանքում. Հաճախորդը/օրինական ներկայացուցիչը տեղեկացվել է, որ կարող է ցանկացած ժամանակ հետ կանչել իր համաձայնությունը:

Հատուկ խմբեր / Այլ մեկնաբանություններ

Եթե կիրառելի է, նշեք՝ արդյոք JV 220 ձևը լրացվել և մուտքագրվել է կլինիկական գրառումներում:

☐ Լրացված է կլինիկական գրառումներում JV-223 որոշման ամսաթիվ՝ _____

Դեղորայքային համաձայնության վերաբերյալ այլ մեկնաբանություններ՝

Հաստատումներ և ստորագրություններ

Տեղեկատվությունը տրամադրվել է՝ _____ լեզվով

Հաճախորդի/օրինական ներկայացուցչի ստորագրություն*	Անունը տպատառերով՝	Ամսաթիվ՝
Բժշկի/բուժքույր-մասնագետի (MD/NP) ստորագրություն՝	Անունը՝ տպատառերով, և լիցենզիայի համարը՝	Ամսաթիվ՝

Բանավոր համաձայնության/ձևաթղթի պատճենի կառգավիճակ՝

* Հաճախորդը/օրինական ներկայացուցիչը չի կարող ստորագրել, սակայն տվել է բանավոր համաձայնություն՝ ☐ Այո☐/Ոչ

* Այս ձևաթղթի պատճենն առաջարկվել է հաճախորդին/օրինական ներկայացուցչին՝ ☐ Այո/☐ Ոչ

Այս գաղտնի տեղեկատվությունը Ձեզ տրամադրվում է նահանգային և դաշնային օրենքների ու կանոնակարգերի համաձայն, ներառյալ, սակայն չսահմանափակվելով, կիրառելի Սոցիալական ապահովության և հաստատությունների օրենսգրքի, Զաղաքացիական օրենսգրքի և HIPAA-ի գաղտնիության չափանիշների պահանջներով: Այս տեղեկատվության պատճենահանումը՝ հետագա բացահայտման նպատակով, արգելվում է առանց այն հաճախորդի/լիազորված ներկայացուցչի նախնական գրավոր թույլտվության, որին այն վերաբերում է, եթե օրենքով այլ բան թույլատրված չէ: Այս տեղեկատվությունը պետք է ոչնչացվի սկզբնական հարցման մեջ նշված նպատակի իրականացումից հետո:

Անուն՝ _____

Նույնականացման համար՝ _____

Գործակալություն՝ _____

Ծառայություն մատուցողի համար՝ _____

Լուս Անջելեսի վարչաշրջան. Հոգեկան առողջության վարչություն