



洛杉矶县精神卫生局 用药知情同意书

当前用药情况

已开具/已讨论的当前用药：

知情同意与确认

请查阅以下内容，并勾选所有适用的确认事项：

☐ **用药原因：**已与服务对象/法定代理人讨论用药原因，包括不使用此类药物时病情可能好转或无法好转的可能性，相关内容已记录在临床病历中。

☐ **剂量、频次与给药方式：**已与服务对象/法定代理人讨论药物的剂量、频次、给药方式及疗程。治疗期间如有任何调整，将与服务对象/法定代理人讨论。

☐ **替代治疗方案：**如有合理的替代方案，已与服务对象/法定代理人讨论。

☐ **副作用及迟发性运动障碍提示：**已告知服务对象/法定代理人可能出现的副作用，包括用药3个月后可能出现的副作用；如适用，已告知某些抗精神病药物可能引起迟发性运动障碍（表现为舌头、面部、颈部、四肢或躯干的自主运动，停药后仍可能持续）这一潜在副作用。

☐ **已提供书面告知：**已向服务对象/法定代理人提供有关药物及其副作用的书面告知资料（例如Order Connect宣传单）。

☐ **服务对象责任及情况变化报告：**已告知服务对象/法定代理人，如出现病情变化（如头晕、严重嗜睡、皮疹）、怀孕、决定停药，或开始服用任何新的处方药或非处方药，须及时告知主治医疗人员。

☐ **自愿同意及撤回：**已告知服务对象/法定代理人，其可随时撤回同意。

特殊人群/其他备注

如适用，请注明JV 220表格是否已完成并录入临床病历：

☐ 已录入临床病历 JV-223裁定日期：_____

其他用药知情同意备注：

本保密信息是根据州和联邦法律法规提供给您的，包括但不限于适用的《福利与机构法典》（Welfare and Institutions code）、《民法典》（Civil Code）以及《健康保险流通与责任法案》（HIPAA）隐私标准。未经相关服务对象/授权代理人事先书面许可，禁止复制本信息用于进一步披露，法律另有规定的除外。本信息在完成原始申请所述目的后，须予以销毁。

姓名：_____ 身份编号：_____

机构：_____ 服务提供者编号：_____

洛杉矶县 - 精神卫生局

确认与签字		
信息提供语言：_____（语言）		
服务对象/法定代理人签名*：	姓名（印刷体填写）：	日期：
医生/执业护士签名：	姓名（印刷体填写）及执照编号：	日期：
<u>口头同意/表格副本情况：</u> * 服务对象/法定代理人无法签署，但已作出口头同意： ☐ 是 ☐ 否 * 已向服务对象/法定代理人提供领取本表副本的选择： ☐ 是 ☐ 否		

本保密信息是根据州和联邦法律法规提供给您，包括但不限于适用的《福利与机构法典》（Welfare and Institutions code）、《民法典》（Civil Code）以及《健康保险流通与责任法案》（HIPAA）隐私标准。未经相关服务对象/授权代理人事先书面许可，禁止复制本信息用于进一步披露，法律另有规定的除外。本信息在完成原始申请所述目的后，须予以销毁。	姓名：_____ 身份编号：_____ 机构：_____ 服务提供者编号：_____ 洛杉矶县 - 精神卫生局
--	--