



洛杉磯縣精神衛生局 用藥知情同意書

現時用藥情況

已開具處方/已討論的現時用藥：

知情同意與確認

請查閱以下內容，並勾選所有適用的確認事項：

- ☐ **用藥原因：**已與服務對象/法定代理人討論用藥原因，包括不使用該等藥物時病情可能好轉或無法好轉的可能性，相關內容已記錄在臨床病歷中。
- ☐ **劑量、頻次與給藥方式：**已與服務對象/法定代理人討論藥物的劑量、頻次、給藥方式及療程。治療期間如有任何調整，將與服務對象/法定代理人討論。
- ☐ **替代治療方案：**如有合理的替代方案，已與服務對象/法定代理人討論。
- ☐ **副作用及遲發性運動障礙提示：**已告知服務對象/法定代理人可能出現的副作用，包括用藥3個月後可能出現的副作用；如適用，已告知某些抗精神病藥物可能引致遲發性運動障礙（表現為舌頭、面部、頸部、四肢或軀幹的不自主活動，停藥後仍可能持續）這一潛在副作用。
- ☐ **已提供書面告知：**已向服務對象/法定代理人提供有關藥物及其副作用的書面告知資料（例如Order Connect宣傳頁）。
- ☐ **服務對象責任及情況變化報告：**已告知服務對象/法定代理人，如出現病情變化（如頭暈、嚴重嗜睡、皮疹）、懷孕、決定停藥，或開始服用任何新的處方藥或非處方藥，須及時告知主診醫護人員。
- ☐ **自願同意及撤回：**已告知服務對象/法定代理人，其可隨時撤回同意。

特殊群體/其他備註

如適用，請註明JV 220表格是否已完成並登入臨床病歷：

☐ 已填妥並載入臨床病歷 JV-223法庭命令日期：_____

其他用藥知情同意備註：

本保密資料是根據州和聯邦法律法規向你提供的，包括但不限於適用的《福利與機構法典》（Welfare and Institutions code）、《民法典》（Civil Code）以及《健康保險流通與責任法案》（HIPAA）私隱標準。未經有關服務對象/授權代理人事先書面許可，不得複製本資料作進一步披露，法律另有規定者除外。本資料在完成原申請所述目的後，須予以銷毀。

姓名：_____ 身分識別號碼：_____

機構：_____ 服務提供者編號：_____

洛杉磯縣 – 精神衛生局

確認與簽署		
資料提供語言：_____（語言）		
服務對象/法定代理人簽署*：	姓名（請用印刷體填寫）：	日期：
醫生/執業護師簽署：	姓名（請用印刷體填寫）及牌照編號：	日期：
<u>口頭同意/表格副本情況：</u> * 服務對象／法定代理人未能簽署，但已作出口頭同意： ☐ 是 ☐ 否 * 已向服務對象/法定代理人提供領取本表副本的選擇： ☐ 是 ☐ 否		

本保密資料是根據州和聯邦法律法規向你提供的，包括但不限於適用的《福利與機構法典》（Welfare and Institutions code）、《民法典》（Civil Code）以及《健康保險流通與責任法案》（HIPAA）私隱標準。未經有關服務對象/授權代理人事先書面許可，不得複製本資料作進一步披露，法律另有規定者除外。本資料在完成原申請所述目的後，須予以銷毀。	姓名：_____ 身分識別號碼：_____
	機構：_____ 服務提供者編號：_____
	洛杉磯縣－精神衛生局