



اداره سلامت روان شهرستان لس آنجلس رضایت نامه مصرف دارو

داروهای فعلی

داروهای فعلی تجویز شده / مورد بحث قرار گرفته:

رضایت آگاهانه و تاییدیه ها

لطفاً همه موارد تاییدیه زیر را که در مورد شما صدق می کند، بررسی کنید و علامت بزنید:

- ☐ **دلایل مصرف دارو:** دلایل مصرف داروها، از جمله احتمال بهتر شدن یا نشدن وضعیت بدون مصرف این داروها، با مراجعه کننده/نماینده قانونی او مورد بحث قرار گرفته و در پرونده بالینی ثبت شده است.
- ☐ **دوز، دفعات و نحوه مصرف:** دوز، دفعات مصرف، روش مصرف و مدت استفاده از دارو(ها) با مراجعه کننده/نماینده قانونی او مورد بحث قرار گرفته است. هرگونه تغییر در طول دوره درمان با مراجعه کننده/نماینده قانونی او مورد بحث قرار خواهد گرفت.
- ☐ **گزینه های جایگزین درمان:** گزینه های منطقی جایگزین درمان (در صورت وجود) با مراجعه کننده/نماینده قانونی او مورد بحث قرار گرفته است.
- ☐ **اطلاعیه عوارض جانبی و دیسکینزی دیررس:** مراجعه کننده/نماینده قانونی او از عوارض جانبی احتمالی، از جمله عوارضی که ممکن است پس از 3 ماه همچنان وجود داشته باشند، مطلع شده است و (در موارد مرتبط) به او اطلاع داده شده است که برخی داروهای ضد روان پریشی ممکن است عارضه جانبی احتمالی به نام دیسکینزی دیررس داشته باشند (که به معنی حرکات غیرارادی زبان، صورت، گردن، اندام ها یا تنه است که ممکن است بعد از قطع مصرف دارو نیز ادامه پیدا کنند).
- ☐ **ارائه اطلاعیه کتبی:** اطلاعیه کتبی (برای مثال، بروشور Order Connect) درباره دارو(ها) و عوارض جانبی آن(ها) به مراجعه کننده/نماینده قانونی او ارائه شده است.
- ☐ **مسئولیت های مراجعه کننده و گزارش تغییرات:** به مراجعه کننده/نماینده قانونی او اطلاع داده شد که او باید هرگونه تغییر در وضعیت خود (مانند سرگیجه، خواب آلودگی شدید، بثورات پوستی)، بارداری، تصمیم برای قطع مصرف دارو، یا هر داروی جدید تجویز شده/بدون نسخه را فوراً به ارائه دهنده خدمات درمانی اطلاع دهد.
- ☐ **رضایت داوطلبانه و امکان پس گرفتن رضایت:** به مراجعه کننده/نماینده قانونی او اطلاع داده شده است که می تواند در هر زمانی رضایت خود را پس بگیرد.

گروه های خاص / سایر توضیحات

در صورت مرتبط بودن، مشخص کنید آیا فرم JV 220 تکمیل و در پرونده بالینی ثبت شده است:

☐ تکمیل شده و در پرونده بالینی ثبت شده است تاریخ دستور JV-223: _____

سایر توضیحات مربوط به رضایت نامه دارو:

نام: _____

شماره شناسایی: _____

سازمان: _____

شماره ارائه دهنده: _____

شهرستان لس آنجلس - اداره سلامت روان

این اطلاعات محرمانه مطابق با قوانین و مقررات ایالتی و فدرال، از جمله اما نه محدود به قانون لازم الاجرای رفاه و مؤسسات، قانون مدنی و استانداردهای حریم خصوصی HIPAA، در اختیار شما قرار می گیرد. تکثیر این اطلاعات به منظور افشای بیشتر، بدون مجوز کتبی قبلی از مراجعه کننده/نماینده مجاز شخص ذی نفع، ممنوع است؛ مگر آنکه قانون به گونه ای دیگر مجاز دانسته باشد. پس از تحقق هدف اعلام شده در درخواست اولیه، امحای این اطلاعات الزامی است.

تأییدیه‌ها و امضاها		
اطلاعات ارائه شده به زبان: _____ (زبان)		
امضای مراجعه‌کننده / نماینده قانونی*:	نام با حروف خوانا:	تاریخ:
امضای MD/NP:	نام با حروف خوانا و شماره مجوز:	تاریخ:
وضعیت رضایت شفاهی / نسخه فرم: * مراجعه‌کننده/نماینده قانونی قادر به امضا کردن نبود، اما رضایت شفاهی خود را اعلام کرد: ☐ بله ☐ خیر * یک نسخه از این فرم به مراجعه‌کننده/نماینده قانونی ارائه شد: ☐ بله ☐ خیر		

نام: _____ شماره شناسایی: _____ سازمان: _____ شماره ارائه‌دهنده: _____ شهرستان لس‌آنجلس – اداره سلامت روان	این اطلاعات محرمانه مطابق با قوانین و مقررات ایالتی و فدرال، از جمله اما نه محدود به قانون لازم‌الاجرای رفاه و مؤسسات، قانون مدنی و استانداردهای حریم خصوصی HIPAA، در اختیار شما قرار می‌گیرد. تکثیر این اطلاعات به‌منظور افشای بیشتر، بدون مجوز کتبی قبلی از مراجعه‌کننده/نماینده مجاز شخص ذی‌نفع، ممنوع است؛ مگر آنکه قانون به‌گونه‌ای دیگر مجاز دانسته باشد. پس از تحقق هدف اعلام‌شده در درخواست اولیه، امحای این اطلاعات الزامی است.
---	---