



로스앤젤레스 카운티 정신건강부

약물치료 동의서

현재 복용 약물

현재 처방되었거나 투여가 논의된 약물:

충분한 설명에 따른 동의 및 확인

아래의 해당하는 모든 확인 사항을 검토하고 표시하십시오:

- ☐ **약물 복용 사유:** 약물을 복용하는 사유와 해당 약물을 복용하지 않을 경우 증상이 호전될 가능성 또는 호전되지 않을 가능성에 대해 환자/법정대리인에게 설명하였으며, 해당 내용은 임상기록에 기재되어 있습니다.
- ☐ **용량, 투여 빈도 및 투여 방법:** 약물의 용량, 투여 빈도, 투여 방법 및 투여 기간에 대해 환자/법정대리인에게 설명하였습니다. 치료 과정에서 변경되는 사항이 있는 경우 환자/법정대리인에게 설명합니다.
- ☐ **대안 치료 방법:** 합리적으로 고려할 수 있는 대체 치료 방법이 있는 경우, 이에 대해 환자/법정대리인에게 설명하였습니다.
- ☐ **부작용 및 지연성 운동이상증에 관한 고지:** 환자/법정대리인에게 발생 가능한 부작용에 대해 설명하였으며, 여기에는 투약 후 3개월이 지난 시점에도 나타날 수 있는 부작용이 포함됩니다. 또한 해당하는 경우, 일부 항정신병약물에서 지연성 운동이상증이 부작용으로 발생할 수 있음을 고지하였습니다. 지연성 운동이상증은 혀, 얼굴, 목, 팔다리 또는 몸통의 불수의적 움직임을 유발할 수 있으며, 약물 복용을 중단한 후에도 지속될 수 있습니다.
- ☐ **서면 고지 제공:** 약물 및 그 부작용에 관한 서면 안내문(예: Order Connect 안내 책자)을 환자/법정대리인에게 제공하였습니다.
- ☐ **환자의 책임 및 변경 사항 보고:** 환자/법정대리인에게 환자의 상태에 변화가 발생한 경우(예: 어지럼증, 심한 진정, 발진), 임신, 약물 복용을 중단하기로 한 결정, 또는 새롭게 처방받거나 복용을 시작한 처방약 또는 일반의약품이 있는 경우 이를 치료 담당 의료진에게 신속히 알리도록 고지하였습니다.
- ☐ **자발적 동의 및 철회:** 환자/법정대리인에게 언제든지 동의를 철회할 수 있음을 고지하였습니다.

본 기밀정보는 관련 복지 및 기관법(Welfare and Institutions Code), 민법(Civil Code) 및 HIPAA 개인정보 보호 기준을 비롯하여 이에 한정되지 않는 주 및 연방의 법률과 규정에 따라 귀하에게 제공되는 것입니다. 본 정보가 적용되는 의뢰인 또는 권한을 부여받은 대리인의 사전 서면 승인이 없는 한, 추가 공개를 목적으로 본 정보를 복제하는 것은 금지됩니다. 다만, 법률에 따라 달리 허용되는 경우에는 그러하지 아니합니다. 원래 요청의 명시된 목적이 달성된 후에는 본 정보를 폐기하여야 합니다.

성명: _____ ID 번호: _____

기관: _____ 제공자 번호(#): _____

로스앤젤레스 카운티 - 정신건강국

특수 대상군 / 기타 의견		
해당하는 경우, JV-220 양식이 작성되어 임상기록에 등록되었는지 여부를 표시하십시오:		
☐ 임상기록에 작성 완료 JV-223 의료 지시일: _____		
<u>기타 약물치료 동의 관련 의견:</u>		
확인 및 서명		
다음 언어로 제공된 정보: _____ (언어)		
환자/법정대리인 서명*:	이름 정자체:	날짜:
의사(MD)/전문간호사(NP) 서명:	성명(정자체) 및 면허번호(#):	날짜:
<u>구두 동의 / 양식 사본 제공 여부:</u>		
* 환자/법정대리인이 서명할 수 없으나 구두로 동의하였음: ☐ 예 ☐ 아니오		
* 본 양식의 사본을 환자/법정대리인에게 제공하였음: ☐ 예 ☐ 아니오		

본 기밀정보는 관련 복지 및 기관법(Welfare and Institutions Code), 민법(Civil Code) 및 HIPAA 개인정보 보호 기준을 비롯하여 이에 한정되지 않는 주 및 연방의 법률과 규정에 따라 귀하에게 제공되는 것입니다. 본 정보가 적용되는 의뢰인 또는 권한을 부여받은 대리인의 사전 서면 승인이 없는 한, 추가 공개를 목적으로 본 정보를 복제하는 것은 금지됩니다. 다만, 법률에 따라 달리 허용되는 경우에는 그러하지 아니합니다. 원래 요청의 명시된 목적이 달성된 후에는 본 정보를 폐기하여야 합니다.	성명: _____ ID 번호: _____ 기관: _____ 제공자 번호(#): _____ 로스앤젤레스 카운티 – 정신건강국
---	---