



Департамент по охране психического здоровья в округе Лос-Анджелес Согласие на прием лекарственных средств

Принимаемые в настоящее время лекарственные средства

Принимаемые в настоящее время лекарственные средства Назначенные/обсуждавшиеся с врачом:

Информированное согласие и подтверждения

Пожалуйста, ознакомьтесь с приведенными ниже пунктами подтверждения и отметьте соответствующие:

- ☐ **Причины назначения лекарственных средств:** Причины приема лекарственных средств, включая вероятность улучшения или ухудшения состояния в случае отказа от них, были обсуждены с клиентом/законным представителем и задокументированы в Медицинской карточке.
- ☐ **Дозировка, частота приема и способ применения:** Дозировка, частота приема, способ применения и продолжительность приема лекарственного средства (средств) были обсуждены с клиентом/законным представителем. Любые изменения в плане лечения будут обсуждаться с клиентом/законным представителем.
- ☐ **Альтернативные варианты лечения:** Разумные альтернативные варианты лечения, если таковые имеются, были обсуждены с клиентом/законным представителем.
- ☐ **Уведомление о побочных эффектах и поздней дискинезии:** Клиент/законный представитель был проинформирован о возможных побочных эффектах, в том числе о тех, которые могут проявиться по прошествии 3 месяцев, и, если применимо, уведомлен о том, что при приеме некоторых антипсихотических препаратов возможен побочный эффект в виде поздней дискинезии (непроизвольные движения языка, лица, шеи, конечностей или туловища, которые могут сохраняться после прекращения приема лекарственного средства).
- ☐ **Предложено письменное уведомление:** Клиенту/законному представителю было предложено письменное уведомление (например, информационный листок «Order Connect») о лекарственном средстве (средствах) и его (их) побочных эффектах.
- ☐ **Обязанности клиента и информирование об изменениях:** Клиент/законный представитель был уведомлен о необходимости незамедлительно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (например, о головокружении, выраженном седативном эффекте, сыпи), беременности, решениях прекратить прием лекарственного средства, а также о приеме любых новых рецептурных или безрецептурных препаратов.
- ☐ **Добровольное согласие и его отзыв:** Клиент/законный представитель был проинформирован о том, что он может отозвать свое согласие в любое время.

Особые категории населения / Другие комментарии

Если применимо, укажите, была ли заполнена форма JV 220 и внесена ли она в Медицинскую карточку:

☐ Заполнено в Медицинской карточке Дата вынесения судебного приказа JV-223: _____

Настоящая конфиденциальная информация предоставляется Вам в соответствии с законами и правилами штата, а также федеральными законами и правилами, включая, помимо прочего, применимый Кодекс о социальном обеспечении и учреждениях, Гражданский кодекс и Стандарты конфиденциальности HIPAA. Копирование настоящей информации с целью дальнейшего ее раскрытия или распространения запрещено без предварительного письменного разрешения клиента/уполномоченного представителя, которому она принадлежит, если иное не предусмотрено законом. Уничтожение настоящей информации требуется после выполнения заявленной цели первоначального запроса.

Имя: _____ ID №: _____

Агентство: _____ Поставщик услуг №: _____

Округ Лос-Анджелес – Департамент по охране психического здоровья

Дополнительные комментарии относительно согласия на прием лекарственных средств:

Подтверждения и подписи

Информация предоставлена на: _____ (язык)

Подпись клиента / законного представителя*:

ФИО печатными буквами:

Дата:

Подпись врача/практикующей медсестры:

ФИО печатными буквами и номер лицензии:

Дата:

Устное согласие / Статус копии формы:

* Клиент/законный представитель не имеет возможности подписать [форму], но предоставил устное согласие: ☐ Да ☐ Нет

* Копия данной формы была предложена клиенту/законному представителю: ☐ Да ☐ Нет

Настоящая конфиденциальная информация предоставляется Вам в соответствии с законами и правилами штата, а также федеральными законами и правилами, включая, помимо прочего, применимый Кодекс о социальном обеспечении и учреждениях, Гражданский кодекс и Стандарты конфиденциальности HIPAA. Копирование настоящей информации с целью дальнейшего ее раскрытия или распространения запрещено без предварительного письменного разрешения клиента/уполномоченного представителя, которому она принадлежит, если иное не предусмотрено законом. Уничтожение настоящей информации требуется после выполнения заявленной цели первоначального запроса.

Имя: _____ ID №: _____

Агентство: _____ Поставщик услуг №: _____

Округ Лос-Анджелес – Департамент по охране психического здоровья