

**出生日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**“机密患者信息: 参见《加利福尼亚福利与机构法规》第5328节”**

**精神科药物同意书**

**客户姓名 病历编号** 我确认，我已经与我的（或我孩子的）处方开具者讨论了此同意书中指定的我（或他/她）的精神科药物处方、服用这种药物的原因，以及合理的替代疗法。

# 服用以下精神科药物的诊断、症状和/或行为原因是：

# 

# 

# 

\***以下所有副作用可能在药物治疗短时间后或较长时间（3个月以上）后发生。这里尽可能列出所有显著或可能发生的副作用，但并非所有可能的副作用都能够被列出或预测。如果发生任何副作用，务必尽快通知您的处方开具者。**

|  |
| --- |
| **🞏 所有药物常见的潜在副作用**：过敏性反应、恶心、呕吐、头痛、头晕、乏力、口干、便秘、腹泻、体重改变、睡眠和警觉性的改变、运动障碍、性功能障碍、出生缺陷，**以及，当用药时间超过3个月时：**骨质疏松、迟发性运动障碍、肝/肾功能障碍、血液疾病；以及以下与某一特定类别药物相关的副作用： |
| **🞏 抗精神病药（名称，每日最小/最大剂量，频率范围，用法，持续时间）**      其他可能的副作用：血糖/脂质升高、视力模糊、躁动不安、震颤、肌肉僵硬、神经阻滞剂恶性综合征（高烧、僵硬、谵妄、循环和呼吸衰竭）、癫痫发作、心律不齐、老年痴呆症患者中风和死亡风险增加；**治疗超过3个月后：**糖尿病、代谢综合征、血细胞减少、**迟发性运动障碍（头部、颈部、四肢的不自主运动，可能不可逆，可能在停药后出现）**。其他副作用（如果在治疗3个月后出现，请说明）： |
| **🞏 抗抑郁药（名称，每日最小/最大剂量，频率范围，用法，持续时间）**      其他可能的副作用：视力模糊、尿潴留、癫痫发作、血压异常、心律不齐、**情绪变化、易怒、暴力、自杀意念和行为（特别是青少年）；治疗超过3个月后：**性功能障碍、代谢综合征、迟发性运动障碍。其他副作用（如果在治疗3个月后出现，请说明）： |
| **🞏 抗焦虑/催眠药（名称，每日最小/最大剂量，频率范围，用法，持续时间）**      其他可能的副作用：注意力不集中、困惑、笨拙、失去抑制力、与酒精和其他药物（包括阿片类镇痛药）的不良协同作用；**治疗超过3个月后：**抗药性/依赖性、成瘾。其他副作用（如果在治疗3个月后出现，请说明）： |

**🞏 情绪稳定剂（名称，每日最小/最大剂量，频率范围，用法，持续时间）**

其他可能的副作用：严重的皮疹/粘膜水疱、可能危及生命、意识模糊、肝/胰腺功能障碍、血细胞减少、出生缺陷；**治疗超过3个月后**：低钠血症、卵巢问题（丙戊酸）。其他副作用（如果在治疗3个月后出现，请说明）：

🞏 **锂（每日最小/最大剂量，频率范围，用法，持续时间）**

其他可能的副作用：口渴、尿量增加、震颤、出生缺陷；**治疗超过3个月后**：痤疮、甲状腺疾病、肾功能衰竭）。其他副作用（如果在治疗3个月后出现，请说明）：

🞏 **注意缺陷多动障碍药物（名称，每日最小/最大剂量，频率范围，用法，持续时间）**

其他可能的副作用：食欲/生长下降、躁动不安、血压/心律失调。**阿托西汀**：罕见情况下出现肝损伤并可能伴有黄疸，腹痛、深色尿液、类似流感的症状。**兴奋剂**：精神病、自杀意念、攻击性、不明原因的猝死，主要与（未发现的）潜在的心脏结构异常有关；**治疗超过3个月后**：抗药性/依赖性、成瘾。其他副作用（如果在治疗3个月后出现，请说明）：

🞏 **抗帕金森药物（名称，每日最小/最大剂量，频率范围，用法，持续时间）**

其他可能的副作用：视力模糊、精神迟钝和排尿困难；**治疗超过3个月后**：性功能障碍、青光眼、肠扩张。其他副作用（如果在治疗3个月后出现，请说明）：

🞏 **其他精神科药物（名称，每日最小/最大剂量，频率范围，用法，持续时间）**

可能的副作用（如果在治疗3个月后出现，请说明）：

**我已被告知以下所列的合理的替代治疗方法，以及在不使用上述药物的情况下病情改善或不改善的可能性（必填）：**

**我们讨论过的其他主题:**

1. 与其他药物可能发生的药物相互作用。我同意通知我/我孩子的处方开具者关于其他处方开具者开具的任何药物或药物变化，以及关于非处方药或天然/草药补充剂的使用或使用方式的变化。
2. 对于未出生的胎儿或刚出生的母乳喂养的婴儿潜在的用药风险，并且我已经告知我的/我孩子的处方开具者，我/我的孩子是否怀孕或在喂哺母乳。我同意在我/我的孩子有可能或有意怀孕或喂哺母乳时告知处方开具者。
3. **应避免饮酒和使用娱乐/街头/非法药物**，因为它们会影响大脑。它们能还会引起危险的相互作用，并且可能会对处方药的预期作用产生不良影响。
4. 我/我的孩子知道药物会削弱驾车或操作设备的能力。在我/我的孩子知道该处方药物可能会如何影响我/我的孩子，/我的孩子应该避免驾车或使用重型机械。我有责任保护自己/我孩子的安全以及他人的安全。
5. 我同意/我的孩子同意按照规定服用/使用药物，尤其是刚开始服药时和改变剂量时，观察任何不寻常或不良反应并联系我/我孩子的处方开具者。如果不良反应严重，将联系应急服务/911。
6. 停药，尤其是突然停药，可能会导致严重的不良反应。我同意在停药之前，先与我/我孩子的处方开具者讨论，并且如果打算停药，听从医嘱安全地逐渐减少药物用量。
7. 该药物的选择基于由临床文献、指南和专家意见支持的最佳证据，即使有时某些药物的用途和剂量范围可能未获得美国食品和药物管理局的批准。

**确认同意书**

我确认我满意对以上话题的讨论，并且我已经同意并接受使用此表格中指明的药物治疗的风险。我也明白，我**有权拒绝**这种/这些药物，并且没有我的同意不能要求我/我的孩子用药。我可以随时寻求更多信息，我也**可以随时**通过向我/我孩子的处方开具者说明我的意图来对上述药物治疗**撤回同意**。我在此签名确认，我有合法权限签署此同意书，并且列出的关系有效且合法。

客户（或父母或法定监护人）签名 日期

正楷姓名（如果不是客户本人）/法定关系

处方开具者签名 日期

处方开具者正楷姓名及职业证书 加州医疗许可证号

诊所名称

诊所地址