



DOB تاریخ تولد

رضایت درمان با داروهای روانپزشکی

نام موکل

شماره MRN

تصدیق می کنم با تجویزکننده داروهایم (یا داروهای فرزندم) در خصوص

نسخه دارو(های) روانپزشکی خود (یا او) که در این فرم رضایت مشخص شده است، دلیل (دلایل) مصرف چنین دارو (داروهایی) و درمان (های) جایگزین قابل قبول موجود صحبت کرده ام.

تشخیص دلیل (دلایل)، نشانه ها و/یا رفتارها برای مصرف دارو(های) روانپزشکی زیر عبارتند از:

*همه عوارض جانبی مشخص شده در زیر ممکن است پس از مدت کوتاه یا طولانی (< 3 ماه) از زمان درمان دارویی رخ دهند. همه تلاش خود را کرده ایم تا به عوارض جانبی احتمالی یا مهم اشاره کنیم اما همه عوارض جانبی احتمالی قابل ذکر یا حتی قابل پیش بینی نیستند. این نکته حائز اهمیت است که همیشه در اسرع وقت، بروز هرگونه عوارض جانبی را به تجویزکننده دارو اعلام کنید.

عوارض جانبی احتمالی که در بین همه داروها مشترک هستند: واکنش های حساسیتی، حالت تهوع، استفراغ، سردرد، سرگیجه، خستگی، خشکی دهان، بیوست، اسهال، تغییر وزن، تغییر خواب و بیداری، اختلال حرکتی، عملکرد جنسی غیرعادی، نواقص مادرزادی و وقتی داروها < 3 ماه استفاده شود: پوکی استخوان، حرکت پریشی دیررس، اختلال در عملکرد کبد/کلیه، اختلالات خونی؛ و موارد زیر که به دسته دارویی خاصی مربوط می شوند:

داروهای ضد روان پریشی (نام، دوز حداکثر/حداقل روزانه، تعداد، مسیر، مدت زمان)

سایر عوارض جانبی احتمالی: افزایش قند خون/لیپید، تاری دید، بی قراری، رعشه، گرفتگی عضلات، سندروم نورولپتیک بدخیم (تب بالا، سفتی گردن، هذیان گویی، اختلال گردش خون و تنفس)، تشنج، ضربان قلب ناهماهنگ، افزایش ریسک سکنه و مرگ در پیری با زوال عقل؛ درمان < 3 ماه: دیابت، سندروم متابولیک، کاهش سلول های خونی، حرکت پریشی دیررس (حرکت ناخودآگاه سر، گردن، دست و پا که ممکن است غیر قابل بازگشت باشد و ممکن است پس از قطع دارو روی دهند). سایر عوارض جانبی (در صورت مشاهده پس از درمان < 3 ماه، مشخص کنید):

داروی ضد افسردگی (نام، دوز حداکثر/حداقل روزانه، تعداد، مسیر، مدت زمان)

سایر عوارض جانبی احتمالی: تاری دید، احتباس ادرار، تشنج، اختلال در تنظیم فشار خون، ضربان قلب غیرمعمول، تغییرات حالت، زودرنجی، خشونت، افکار و رفتار خودکشی گرانه (به خصوص در جوانان)؛ درمان < 3 ماه: اختلال جنسی، سندروم متابولیک، حرکت پریشی دیر رس. سایر عوارض جانبی (در صورت مشاهده پس از درمان < 3 ماه، مشخص کنید):

داروی ضد اضطراب/خواب آور / (نام، دوز حداکثر/حداقل روزانه، تعداد، مسیر، مدت زمان)

سایر عوارض جانبی احتمالی: مشکل در تمرکز حواس، گیجی، خام حرکتی، از دست دادن خودآگاهی، عارضه جانبی هم افزایی با الکل و سایر داروها از جمله مسکن های برگرفته از تریاک؛ درمان < 3 ماه: تحمل/وابستگی، اعتیاد سایر عوارض جانبی (در صورت مشاهده پس از درمان < 3 ماه مشخص کنید):

(حروف اول نام و نام خانوادگی موکل/سرپرست قانونی)

داروی تثبیت کننده خلق (نام، دوز حداکثر/حداقل روزانه، تعداد، مسیر، مدت زمان) _____

سایر عوارض جانبی احتمالی: جوش/تاول در غشای مخاطی، عوارض کشنده احتمالی، گیجی، عملکرد نادرست جگر/لوزالمعده، کاهش سلول خونی، نواقص مادرزادی، درمان < 3 ماه: هیپوناترمی، مشکلات تخمدانی (والیر وات) سایر عوارض جانبی (در صورت مشاهده پس از درمان < 3 ماه، مشخص کنید): _____

لیتیم (نام، دوز حداکثر/حداقل روزانه، تعداد، مسیر، مدت زمان)

سایر عوارض جانبی احتمالی: تشنگی، افزایش ادرار، لرزش، نقص های زایمان؛ درمان < 3 ماه: آکنه، اختلال تیروئید، نارسایی کلیه. سایر عوارض جانبی (در صورت مشاهده پس از درمان < 3 ماه، مشخص کنید): _____

اختلال کم توجهی (نام، دوز حداکثر/حداقل روزانه، تعداد، مسیر، مدت زمان) _____

سایر عوارض جانبی احتمالی: کاهش اشتها / رشد، بی قراری، فشار خون / اختلال در تنظیم ریتم قلب. اتوموکستین: آسیب نادر کبدی با احتمال زردی، درد شکمی، ادرار تیره، علائم آنفلوانزا. محرک: روانپریشی، افکار خودکشی، پرخاشگری، مرگ ناگهانی بدون دلیل، عمدتاً با زمینه های اختلالات ساختاری قلب (تشخیص داده نشده)؛ درمان < 3 ماه: تحمل/وابستگی، اعتیاد. سایر عوارض جانبی (در صورت مشاهده پس از درمان < 3 ماه، مشخص کنید): _____

داروی ضد پارکینسون (نام، دوز حداکثر/حداقل روزانه، تعداد، مسیر، مدت زمان) _____

سایر عوارض جانبی احتمالی: تاری دید، ضعف ذهنی و مشکل در ادرار کردن؛ درمان < 3 ماه: اختلال جنسی، گلوکوم، انقباض روده. سایر عوارض جانبی (در صورت مشاهده پس از درمان < 3 ماه، مشخص کنید): _____

سایر داروهای روانپزشکی (نام، دوز حداکثر/حداقل روزانه، تعداد، مسیر، مدت زمان)

عوارض جانبی احتمالی (در صورت مشاهده پس از درمان < 3 ماه، مشخص کنید): _____

درمان(های) جایگزین قابل قبول نیست شده در زیر و احتمال بهبود یا عدم بهبود بدون دارو(های) بالا به من اطلاع داده شده است (این قسمت باید تکمیل شود): _____

سایر موضوع هایی که درباره آن ها صحبت کردیم:

1. سایر تأثیرات متقابل دارویی که ممکن است با دارو ها و درمان های دیگر ایجاد شود. موافقت می کنم درخصوص هر گونه دارو(دارو ها) یا تغییرات در دارو(ها) تجویز شده توسط سایر تجویز کننده(ها) و درباره استفاده یا تغییرات مصرف مربوط به دارو های بدون نسخه یا مکمل های طبیعی/گیاهی به تجویز کننده داروی خود/فرزندم اطلاع دهم.

2. خطر احتمالی دارو برای جنین یا نوزاد شیرخوار و به تجویز کننده داروی خود/فرزندم درباره بارداری یا شیردهی خود/فرزندم اطلاع داده ام. موافقت می کنم در صورت احتمال یا داشتن برنامه برای بارداری خود/فرزندم، موضوع را به تجویز کننده دارو اطلاع دهم.

_____ (حروف اول نام و نام خانوادگی موکل/سرپرست قانونی)

3. از مصرف الکل و/یا داروهای تفریحی/خیابانی/غیرقانونی به دلیل اختلال ذهن باید پرهیز شود. این موارد همچنین می توانند تأثیرات متقابل خطرناکی را موجب شوند و روی عملکردهای در نظر گرفته شده داروهای تجویزی اثری مضر داشته باشند.

4. من/فرزندم می دانیم که داروها ممکن است توانایی رانندگی یا کار با دستگاه ها را مختل کنند. تا زمانی که من می دانم/فرزندم می داند که دارو(های) تجویزی می تواند روی من/فرزندم چه تأثیری بگذارد، باید از رانندگی یا استفاده از ماشین آلات سنگین اجتناب کرد. حفظ ایمنی خود/فرزندم و دیگران بر عهده من است.

5. من (یا فرزندم) موافقت می کنم دارو(ها) را به صورتی که تجویز شده است مصرف کنم و به خصوص هنگام شروع استفاده از داروها یا در طول تغییر دوزها، مراقب هرگونه عوارض غیرعادی یا جانبی باشم و آنها را به تجویزکننده گزارش کنم. در صورت جدی بودن عوارض جانبی باید با اورژانس/911 تماس گرفته شود.

6. قطع داروها به خصوص به صورت ناگهانی می تواند عوارض جانبی جدی در پی داشته باشد. موافقت می کنم قبل از توقف داروها با تجویزکننده داروهایم (داروهای فرزندم) صحبت کنم و در صورت تصمیم برای قطع داروها، توصیه های پزشکی را در خصوص کم کردن تدریجی آن ها دنبال کنم.

7. دارو(داروها) براساس بهترین شواهد نام برده در مطالعات کلینیکی، دستورالعمل ها و

نظرات کارشناسی انتخاب شده است، حتی اگر برخی اوقات دارویی خاصی

برای مصرف و محدوده دوز مشخص شده، تأییدیه سازمان غذا و داروی ایالات متحده (U. S. Food and Drug Administration) را نداشته باشد.

تصدیق و توافق

تصدیق می کنم که به موضوع های بالا در حد رضایت من پرداخته شده است و ریسک های درمان با دارو(های) مشخص شده در این فرم را پذیرفته ام و درباره آن رضایت داده ام. همچنین می دانم **حق دارم** این دارو(ها) را **رد کنم** و اینکه بدون رضایت من نمی توانند از این داروها برای من یا فرزندم استفاده کنند. هر وقت بخواهم می توانم اطلاعات بیشتری را جستجو کنم و می توانم رضایت خود را برای درمان با دارو(های) بالا (با در میان گذاشتن موضوع با تجویزکننده داروی خود/فرزندم) پس بگیرم. با امضا کردن این فرم تأیید می کنم که اختیار قانونی برای این رضایت را دارم و نسبت قید شده معتبر و قانونی است.

تاریخ

موکل (یا والدین یا قیم / نگهدارنده قانونی) امضا

نام چاپی در صورتی که موکل/نسبت قانونی وجود نداشته باشد

تاریخ

امضای تجویزکننده

Prescriber Signature

CA Medical License Number

نام چاپی/حروف اول نام تجویزکننده
Prescriber Print Name/Credentials

نام کلینیک (Name of Clinic)

نشانی کلینیک (Clinic Address)