

موافقة على تلقي أدوية الأمراض النفسية

تاريخ الميلاد: ____/____/____

رقم السجل الطبي (MRN) _____

اسم العميل _____

أقر أنني قد ناقشت مع واصف الدواء لي (أو لطفلي) الوصفة الدوائية لي (أو لطفلي) لعلاج المرض النفسي المحدد في نموذج الموافقة هذا و كذلك سبب (أسباب) تلقي هذا الدواء و أيضاً العلاج (العلاجات) البديلة و المتاحة.

تتضمن الأسباب و / أو التشخيصات و / أو الأعراض و / أو السلوكيات لتلقي دواء (أدوية) المرض النفسي التالي ما يلي:

*قد تظهر جميع الآثار الجانبية المشار إليها أدناه إما بعد فترة قصيرة أو طويلة (أكثر من 3 أشهر) من العلاج بالدواء. ونبذل قصارى جهدنا هنا لمعالجة الآثار الجانبية الملحوظة أو المحتملة، لا جميع الآثار الجانبية المحتملة التي يمكن سردها أو حتى التنبؤ بها. ومن الأهمية دانما أن تبلغ القائم على وصف الدواء بأسرع وقت ممكن بأي آثار جانبية تظهر.

الآثار الجانبية المحتملة التي قد تظهر مع جميع الأدوية: تفاعلات الحساسية، والغثيان، والقيء، والصداع، والدوخة، والإرهاق، وجفاف الفم، والإمساك، والإسهال، وتغير الوزن، وتغير أنماط النوم واليقظة، واضطراب الحركة، والضعف الجنسي، والعيوب الخلقية، وعند استخدام الدواء لفترة أكثر من 3 أشهر: هشاشة العظام، وخلل الحركة المتأخر، واختلال وظائف الكبد / الكلى، واضطرابات الدم، والآثار الواردة أدناه التي ترتبط بصنف معين من الدواء:

مضادات الذهان (الاسم، وأدنى / أقصى جرعة يومية، ونطاق التكرار، والطريقة، والمدة) _____

آثار جانبية إضافية محتملة: زيادة سكر / دهون الدم، وتشوش الإبصار، والتلمل، والرعدة، وتصلب العضلات، والمتلازمة الخبيثة لمضادات الذهان (الحمى المرتفعة، والتصلب، والهذيان، وهبوط الدورة الدموية والتنفس)، ونوبات الصرع، واضطراب النظم القلبي، وزيادة خطر الإصابة بالسكتة الدماغية والوفاة في المسنين المصابين بالخرف، العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر: السكري، والمتلازمة الأيضية، ونقص خلايا الدم، وخلل الحركة المتأخر (الحركة اللاإرادية في الرأس، والعنق، والأطراف وقد يكون ذلك غير قابل للعلاج وقد يظهر بعد التوقف عن تناول الأدوية). آثار جانبية أخرى (حددها إن كان ذلك بعد العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر): _____

مضادات الاكتئاب (الاسم، وأدنى / أقصى جرعة يومية، ونطاق التكرار، والطريقة، والمدة) _____

آثار جانبية إضافية محتملة: تشوش الإبصار، واحتباس البول، ونوبات الصرع، وخلل انتظام ضغط الدم، واضطراب النظم القلبي، وتغيرات المزاج، وسرعة الانفعال، والعنف، والأفكار الانتحارية والسلوك الانتحاري (خاصة لدى الشباب)، العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر: الضعف الجنسي، والمتلازمة الأيضية، وخلل الحركة المتأخر. آثار جانبية أخرى (حددها إن كان ذلك بعد العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر): _____

مضادات القلق / المنومات (الاسم، وأدنى / أقصى جرعة يومية، ونطاق التكرار، والطريقة، والمدة) _____

آثار جانبية إضافية محتملة: صعوبة التركيز، والتشوش، والخرق، وفقدان الرادع، وأثر عكسي تآزري مع الكحول وغير ذلك من العقاقير، بما في ذلك المسكنات ذات التأثير الأفيوني، العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر: التحمل / الاعتماد، والإدمان. آثار جانبية أخرى (حددها إن كان ذلك بعد العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر): _____

(الأحرف الأولى من اسم العميل/الوصي القانوني) _____

□ مثبتات المزاج (الاسم، وأدنى / أقصى جرعة يومية، ونطاق التكرار، والطريقة، والمدة)

آثار جانبية إضافية محتملة: الطفح الجلدي / البثور المخاطية الخطيرة، وآثار تهدد الحياة، والتشوش، واختلال وظائف الكبد/البنكرياس، ونقص خلايا الدم، والعيوب الخلقية، العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر: نقص صوديوم الدم، ومشكلات المبيضين (حمض فاليريوك). آثار جانبية أخرى (حددها إن كان ذلك بعد العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر):

□ العلاج بالليثيوم (الاسم، وأدنى / أقصى جرعة يومية، ونطاق التكرار، والطريقة، والمدة)

آثار جانبية إضافية محتملة: العطش، وزيادة التبول، والرعشة، والعيوب الخلقية، العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر: حب الشباب، واضطراب الغدة الدرقية، والفشل الكلوي. آثار جانبية أخرى (حددها إن كان ذلك بعد العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر):

□ دواء اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة (الاسم، وأدنى / أقصى جرعة يومية، ونطاق التكرار، والطريقة، والمدة)

آثار جانبية إضافية محتملة: نقص الشهية / نقص النمو، والتلمل، وخلل انتظام ضغط الدم / النظم القلبي. أتوموكسيتين (Atomoxetine): تضرر كبدي نادر مع احتمال انتشار اللون الأصفر بالجلد، وألم البطن، وتحول لون البول إلى داكن، والأعراض الشبيهة بأعراض الانفونوزا. المحفزات: الذهان، والأفكار الانتحارية، والعدوانية، والوفاة المفاجئة غير المبررة، ويصاحب ذلك بصفة رئيسية الاضطرابات البنيوية الكامنة (غير المكتشفة) في القلب، العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر: التحمل / الاعتماد، والإدمان. آثار جانبية أخرى (حددها إن كان ذلك بعد العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر):

□ الدواء المضاد لمرض باركنسون (الاسم، وأدنى / أقصى جرعة يومية، ونطاق التكرار، والطريقة، والمدة)

آثار جانبية إضافية محتملة: تشوش الإبصار، والتبذل الذهني، وصعوبة التبول، العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر: الضعف الجنسي، والمياه الزرقاء، وتوسع الأمعاء. آثار جانبية أخرى (حددها إن كان ذلك بعد العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر):

□ أدوية الأمراض النفسية الأخرى (الاسم، وأدنى / أقصى جرعة يومية، ونطاق التكرار، والطريقة، والمدة)

آثار جانبية محتملة (حددها إن كان ذلك بعد العلاج لمدة أكثر من 3 أشهر):

تم إبلاغي بالعلاج (العلاجات) البديل المعقول الوارد أدناه وباحتمال التحسن أو عدم التحسن دون الدواء (الأدوية) المذكور أعلاه (يجب إكمال ذلك):

ما ناقشناه من مواضيع أخرى:

1. التفاعلات الممكنة بين الأدوية التي قد تحدث مع الأدوية والعقاقير الأخرى. وأوافق على إخطار القائم على وصف الدواء لي / لطفلي بأي أدوية، أو تغييرات في الأدوية، التي وصفها آخرون، وما يخص الاستخدام، أو تغييرات الاستخدام، أو الأدوية المتاحة دون وصفة طبية أو المكملات الطبيعية / العشبية.

2. الخطر المحتمل للدواء على الأجنة أو حديثي الولادة الذين يرضعون طبيعياً، وقد أخبرت القائم على وصف الدواء لي / لطفلي إن كنت / كانت طفلي حاملاً أو مُرضعة. وأوافق على إخطار القائم على وصف الدواء لي إن كان هناك أي احتمال أو نية لأن أحمل أو أقوم بالإرضاع.

3. ولأن الكحوليات و/أو المخدرات الترفيهية / مخدرات الشارع / العقاقير غير المشروعة قد تغير الحالة الذهنية، فينبغي تفاديها. كما يمكنها أن تسبب تفاعلات خطيرة وتؤثر سلبيًا على الأثر المقصود للأدوية الموصوفة.

4. أنا / طفلي على دراية بأن الدواء يمكن أن يعوق قدرتي على القيادة أو تشغيل المعدات. ينبغي لي / لطفلي تفادي القيادة أو استخدام المعدات الثقيلة إلى أن أصبح / يصبح طفلي على علم بالكيفية التي يمكن للدواء (الأدوية) الموصوف أن يؤثر بها عليّ / على طفلي. وأتحمل مسؤولية الحفاظ على سلامتي / سلامة طفلي، وسلامة الآخرين.

5. أوافق / يوافق طفلي على تلقي / إعطاء الدواء (الأدوية) بالطريقة الموصوفة، وخاصةً عند بدء الأدوية أو خلال تغيير الجرعات، والتحقق من أي آثار غير معتادة أو سلبية والاتصال بالقائم على وصف الدواء لي / لطفلي. سيجري الاتصال بالطوارئ / 911 إذا أصبحت الآثار السلبية خطيرة.

6. قد يؤدي التوقف عن تناول الأدوية، وخاصةً بشكل مفاجئ، إلى آثار سلبية خطيرة. لذا أوافق على مناقشة التوقف عن تناول الأدوية مع القائم على وصف الأدوية لي / لطفلي قبل القيام بذلك، وعلى اتباع النصيحة الطبية بخصوص التقليل التدريجي لجرعات الأدوية إن كانت هناك نية للتوقف عن تناولها.

7. تم اختيار الدواء (الأدوية) بناءً على الأدلة المثلى المدعومة بالمراجع السريرية المنشورة، والتوجيهات، بالإضافة لرأي الخبراء، بالرغم من أن بعض الأدوية قد لا تكون حاصلة على موافقة إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية (U. S. Food and Drug Administration) للاستخدام (الاستخدامات) في بعض الأحيان ونطاق الجرعة التي تتم مناقشتها.

إقرار وموافقة

أقر أن المواضيع المذكورة أعلاه قد تمت تغطيتها بصورة مرضية، وأني قد وافقت على مخاطر العلاج بالدواء (الأدوية) المشار إليه ضمن هذا النموذج، وقبلت بها. أدرك كذلك أن لي الحق في رفض هذا الدواء/هذه الأدوية وأنه لا يمكن إعطاؤه/إعطائها لي / لطفلي بدون موافقتي. يمكنني طلب المزيد من المعلومات في أي وقت أريده، كما أن بإمكانني سحب موافقتي على العلاج بالدواء (الأدوية) المذكور أعلاه في أي وقت بذكر ذلك إلى القائم على وصف الدواء لي / لطفلي. أشهد بموجب توقيعني أنني أتمتع بالسلطة القانونية للتوقيع على هذا النموذج وأن الصلة المذكورة صالحة وقانونية.

التاريخ

توقيع العميل (أو أحد الوالدين أو الوصي القانوني أو الوصي)

الاسم بأحرف واضحة إن لم تكن العميل / الصلة القانونية

التاريخ

توقيع القائم على وصف الدواء
Prescriber Signature

CA Medical License Number

اسم القائم على وصف الدواء بأحرف واضحة/مؤهلاته
Prescriber Print Name/Credentials

اسم العيادة (Name of Clinic)

عنوان العيادة (Clinic Address)