

MEDICATION CONSENT FORM

សិខិតយល់ព្រមទទួលការព្យាបាលដោយថ្នាំ

ALAMEDA COUNTY

BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES

NAME:
DOB
PSP#
SS#

ខ្ញុំយល់ហើយថាខ្ញុំមានសិទ្ធិបដិសេធមិនទទួលការព្យាបាលដោយថ្នាំនេះ ដូច្នោះគេមិនអាចប្រើថ្នាំមកព្យាបាលជម្ងឺខ្ញុំបានទេ លើកលែងតែខ្ញុំបាន ពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំ និងក្រុមចុះហត្ថលេខាលើលិខិតយល់ព្រមសិន ឬលើកលែងនៅពេលដែលមានភាពអាសន្ន។ គ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំ និង ខ្ញុំបានពិគ្រោះជាមួយគ្នាដូចតទៅ:

- ១- ប្រភេទនៃជម្ងឺចិត្តរបស់ខ្ញុំ។
- ២- ហេតុដែលគ្រូពេទ្យកាត់ព្យាបាលខ្ញុំដោយថ្នាំ គឺមានទាំងការប្រមាណពីជម្ងឺដែលត្រូវជា ឬមិនជាដោយមិនចាប់ប្រើថ្នាំផង។
- ៣- ខ្ញុំអាចបដិសេធមិនលេបថ្នាំនៅពេលណាក៏បាន ដោយគ្រាន់តែប្រាប់ទៅបុគ្គលិកពេទ្យដែលព្យាបាលខ្ញុំណាម្នាក់ក៏បាន។
- ៤- ការព្យាបាលដ៏សមរម្យរៀងរៀតក៏មានសំរាប់ព្យាបាលជម្ងឺខ្ញុំដែរ។
- ៥- ប្រភេទនៃថ្នាំដែលខ្ញុំត្រូវទទួលការព្យាបាល ចំនួនពេលប៉ុន្មានដង និងកំរិតចំនួនថ្នាំ របៀបដែលខ្ញុំត្រូវទទួលការព្យាបាល (តាមការចាក់ ឬតាមមាត់) និងរយៈពេលនៃការព្យាបាលជម្ងឺរបស់ខ្ញុំ។
- ៦- ប្រតិកម្មរបស់ថ្នាំដែលកើតមានជាទូទៅ និងប្រតិកម្មពិសេសណាមួយដែលអាចនឹងកើតមានចំពោះការព្យាបាលជម្ងឺខ្ញុំ។
- ៧- ប្រតិកម្មដទៃទៀតដែលអាចនឹងកើតមាន បើសិនជាខ្ញុំទទួលការព្យាបាលដោយថ្នាំនេះលើសពីបីខែឡើងទៅ ដូចជាចលនាប្រ បូកប្របល់យឺត។ ដែលធ្វើឲ្យញាក់មុខ មាត់ ងៃ ឬជើងដោយគេចេតនាមិនឈប់ឈរ។ ថ្នាំកែរោគរីកលចិត្តខ្លះ អាចបណ្តាល ឲ្យមានអាកសញ្ញាដ៏ខ្លាំងក្លា ដែលមិនអាចមានអ្វីទប់ទល់បាន គឺវាអាចកើតមានក្រោយពីពេលឈប់ព្យាបាលដោយថ្នាំនេះ។

ខ្ញុំក៏បានទទួលព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីថ្នាំដែលគេគំរូរព្យាបាលអោយខ្ញុំដែរ។ ខ្ញុំយល់ហើយថា នេះគឺជាគោលការណ៍ព័ត៌មានតែមួយ ភាគប៉ុណ្ណោះ ដូច្នោះខ្ញុំត្រូវតែពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំ អំពីបញ្ហាជម្ងឺ និងថ្នាំដែលខ្ញុំត្រូវទទួល។

- [] Antianxiety Agents, specifically/ថ្នាំបំបាត់ការកង្វល់ចិត្ត ជាពិសេស _____
- [] Antidepressants, specifically/ថ្នាំបំបាត់ការព្រួយចិត្ត ជាពិសេស _____
- [] Antipsychotics, specifically/ថ្នាំកែរោគរីកលចិត្ត ជាពិសេស _____
- [] Carbamazepine (Tegretol)
- [] Divalproex or Valproic Acid (Depakote)
- [] Lithium
- [] Psychostimulants, specifically/ថ្នាំជំនួយផ្លូវចិត្ត ជាពិសេស _____
- [] Sedative/hypnotics, specifically/ថ្នាំសំរួលចិត្ត/ថ្នាំសំរាប់ដេក ជាពិសេស _____
- [] Other/ថ្នាំដទៃទៀត _____

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ _____ ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ/ផ្តាយឯក _____

Pt. agrees, but chooses NOT to sign. Staff: _____ DATE _____

Pt. on conservatorship, Conservator sig: _____ DATE _____