

MEDICATION CONSENT FORM

藥物服用同意書

ALAMEDA COUNTY

BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES

NAME: _____

DOB: _____

PSP: _____

SS#: _____

我知道我有權拒絕服用此藥物。我知道，除在緊急情況外，在我未與我的醫生會談並未獲取到我的同意之前，不能強迫我服用此藥物。我與我的醫生討論了以下相關的內容：

1. 我的精神健康狀況。
2. 我的醫生為我開藥的理由，其中包括如果不服用此藥物，我精神狀況好轉或變壞的可能性。
3. 只要我向治療小組的任何成員提出，我隨時可以拒絕服用此藥物。
4. 治療我病症的其它合理治療途徑。
5. 我將要接受的藥物、服用的次數及用量範圍、服用該藥物的方法（打針或口服），以及此項療程所需的時間。
6. 這些藥物常見的副作用，以及可能會在我身上發生的獨特副作用。
7. 如果服用超過三個月，可能帶來的其它副作用，包括癱瘓為臉、口、手或腳不自主行動的運動遲緩困難症。某些精神治療藥物可能會導致一些可能無法扳回的疹狀，並且有可能在停服藥物後才出現。

我同時還收到所推薦藥物的具體書面說明資料。我知道這只是其中的部份資料，我也知道應與我的醫生商談我的所有健康問題以及服用的所有藥物。

- Antianxiety Agents, specifically (抗焦慮劑，特別是) _____
- Antidepressants, specifically (抗憂鬱劑，特別是) _____
- Antipsychotics, specifically (抗精神病劑，特別是) _____
- Carbamazepine (Tegretol) (氨基甲酸 (Tegretol))
- Divalproex or Valproic Acid (Depakote)
- Lithium (鋰)
- Psychostimulants, specifically (精神刺激劑，特別是) _____
- Sedative/hypnotics, specifically (鎮定劑/安眠藥，特別是) _____
- Other (其它) _____

日期_____ 病人/父母簽字: _____

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

Pt. on conservatorship, Conservator sig: _____ DATE _____

CHINESE