

**MEDICATION CONSENT FORM
ALAMEDA COUNTY
BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES**

NAME:
DOB
PSP#
SS#

به جز موارد فوری من حق خودداری از مصرف این دارو را دارم و تا زمانی که با پزشک خود تبادل نظر کرده و موافقت خود را ابراز نمایم این دارو نمی تواند تجویز شود. من و پزشکم درباره نکات زیر تبادل نظر کرده ایم.

- ۱- نوع شرایط روانی من.
 - ۲- دلایلی که پزشک من برای تجویز این دارو دارد، از جمله احتمال بهبودی، یا عدم بهبودی من بدون استفاده از دارو
 - ۳- با مطلع ساختن مسئولین معالجه ام در هر زمانی میتوانم از مصرف دارو خودداری کنم
 - ۴- درمانهای موجود دیگر برای شرایط من
 - ۵- نوع دارویی که من دریافت خواهم کرد. تکرار، مقدار دارو، روش مصرف دارو (تزریق یا از طریق دهان) و طول زمان درمان
 - ۶- عواقب ثانوی شناخته شده مصرف این داروها که بطور معمول اتفاق می افتد و هر اثر بخصوصی که ممکن است در طول معالجه من پیش آمد.
 - ۷- احتمال عواقب ثانوی بیشتری که ممکن است پیش آید. در صورتیکه مصرف این داروها بیش از سه ماه باشد از جمله Tardive dyskinesia که حرکات غیر اختیاری مداوم صورت، دهان، دستها و یا پاها میباشد بعضی داروهای درمان روانی می توانند سبب این عارضه ها که احتمالاً غیر قابل علاج هستند گردند و ممکن است پس از توقف مصرف این داروها ظاهر شوند
- به من اطلاعات مشخص کتبی درباره داروی توصیه داده شد. من میدانم که لیست داروهای زیر بخشی از لیست داروهای درمان روانی میباشد، من باید در مورد مشکلات درمانیم و هر مشکلی که پس از مصرف داروها بوجود میاید با پزشک معالجم تبادل نظر نمایم.

- Antianxiety Agents, specifically _____
- Antidepressant, specifically _____
- Antipsychotics, specifically _____
- Carbamazepine (Tegretol) _____
- Valproic Acid or Divalproex (Depakote) _____
- Lithium _____
- Psychostimulants, specifically _____
- Sedative/hypnotics, specifically _____
- Pt. Signature امضاء _____ Date _____
- MD Signature _____ Date _____
- Pt. agrees, but chooses NOT to sign. Staff: _____ DATE _____
- Pt. On conservatorship, Conservator sig: _____ DATE _____

7/96 ddp