

本同意書旨在提供維護客戶心理健康的建議藥物相關的資訊，並非強迫客戶用藥的強制性合約。本同意書並未涵蓋藥物的所有用途或治療客戶的所有副作用。

客戶姓名：_____ 出生日期：_____ PSP：_____

1. 建議將藥物用於治療煩躁症狀。本人因出現以下症狀，需服用下列藥物：

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 沒有精神或精神萎靡 | <input type="checkbox"/> 對別人表現出攻擊性或敵意 | <input type="checkbox"/> 思緒混亂 |
| <input type="checkbox"/> 情緒低落 | <input type="checkbox"/> 情緒起伏 | <input type="checkbox"/> 與他人無法良好溝通 |
| <input type="checkbox"/> 胃口不佳或飲食過量 | <input type="checkbox"/> 思緒奔騰 | <input type="checkbox"/> 過動 |
| <input type="checkbox"/> 注意力不集中或容易糊塗 | <input type="checkbox"/> 行為衝動 | <input type="checkbox"/> 恐慌 |
| <input type="checkbox"/> 睡眠不佳或嗜睡 | <input type="checkbox"/> 胡思亂想 | <input type="checkbox"/> 噩夢或幻覺 |
| <input type="checkbox"/> 焦慮或持續憂慮 | <input type="checkbox"/> 固執 | <input type="checkbox"/> 肌肉僵硬或痙攣 |
| <input type="checkbox"/> 難以調適壓力 | <input type="checkbox"/> 恐懼感或莫名其妙的害怕 | <input type="checkbox"/> 坐立不安 |
| <input type="checkbox"/> 易怒煩躁 | <input type="checkbox"/> 幻聽或幻視 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |

藥物名稱	藥物種類 (藥物分類)	用藥方式 (途徑) :	每日劑量 (範圍) :	頻次 (範圍) :
	<input type="checkbox"/> 抗憂鬱劑 <input type="checkbox"/> 抗焦慮劑 <input type="checkbox"/> 抗精神病類藥物 <input type="checkbox"/> 情緒穩定劑 <input type="checkbox"/> 精神刺激劑 <input type="checkbox"/> 抗錐體外徑副作用類藥物 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) :	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) :		
	<input type="checkbox"/> 抗憂鬱劑 <input type="checkbox"/> 抗焦慮劑 <input type="checkbox"/> 抗精神病類藥物 <input type="checkbox"/> 情緒穩定劑 <input type="checkbox"/> 精神刺激劑 <input type="checkbox"/> 抗錐體外徑副作用類藥物 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) :	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) :		
	<input type="checkbox"/> 抗憂鬱劑 <input type="checkbox"/> 抗焦慮劑 <input type="checkbox"/> 抗精神病類藥物 <input type="checkbox"/> 情緒穩定劑 <input type="checkbox"/> 精神刺激劑 <input type="checkbox"/> 抗錐體外徑副作用類藥物 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) :	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) :		
	<input type="checkbox"/> 抗憂鬱劑 <input type="checkbox"/> 抗焦慮劑 <input type="checkbox"/> 抗精神病類藥物 <input type="checkbox"/> 情緒穩定劑 <input type="checkbox"/> 精神刺激劑 <input type="checkbox"/> 抗錐體外徑副作用類藥物 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) :	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) :		
	<input type="checkbox"/> 抗憂鬱劑 <input type="checkbox"/> 抗焦慮劑 <input type="checkbox"/> 抗精神病類藥物 <input type="checkbox"/> 情緒穩定劑 <input type="checkbox"/> 精神刺激劑 <input type="checkbox"/> 抗錐體外徑副作用類藥物 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) :	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) :		

2. 每次回診都要對我的用藥需求進行評估。症狀消失後通常要持續用藥，避免復發。預計開立的用藥時間至少為：

- 6 個月或更久 12 個月或更久 其他：_____

3. 我的病情所適用的其他合理替代治療包括：

- 心理治療 團體或家庭治療 其他藥物 其他：_____

4. 副作用 (包括時間超過 3 個月的長期副作用) 列於本同意書背面或單獨提供。

5. 我對收到的藥物資訊和討論結果感到滿意，並了解以下事項的重要性：

- 想停藥時要先告知處方開立者，討論停藥可能會產生的影響；
- 每年進行至少一次實驗室檢驗或其他評估，監測我的治療進展及發生副作用的風險；
- 計畫懷孕或要哺乳時要先告知處方開立者，因為許多藥物都會造成先天缺陷。

6. 我已收到此用藥同意書的副本，並了解我有權索取更多藥物資訊、拒絕用藥，並可隨時撤銷此同意書。

客戶或替代決策人簽名：	與客戶的關係：	日期：
處方開立者簽名：	<input type="checkbox"/> 精神科醫師 (MD/DO) <input type="checkbox"/> 精神專科護理師 (PNP)	日期：
見證職員 (若患者同意但選擇不簽名)：		日期：

本表並未涵蓋各藥物可能產生的所有副作用或風險, 如欲瞭解更多資訊, 請洽醫療專業人員。請向處方開立者瞭解避免或處理所有副作用的方式。

所有用藥者的常見副作用	如何避免或處理可能發生的副作用
胃部不適	若處方開立者無另外指示, 藥物可與食物共用
便秘或腹瀉	大量喝水、運動、食用高纖食物 (例如水果、蔬菜、全麥、燕麥及其他食物)
口乾	大量喝水、食用健康零食、或時不時地含一塊無糖糖果
困倦/疲勞	詢問處方開立者是否可在睡前服藥
頭痛	通常會在幾天後消失。如果頭痛沒有消失, 請喝水並告知處方開立者

藥物或分類	可能發生的副作用	可能發生的長期副作用 (超過 3 個月)
<input type="checkbox"/> 抗精神病類藥物	肌肉痙攣、坐立不安、體重增加、血糖或血膽固醇上升 女性: 導致生理期停止或泌乳的荷爾蒙分泌增加 男性: 導致乳房周圍脂肪組織增加或性慾下降的荷爾蒙分泌增加	臉、口、手臂、腿、或軀幹肌肉重複抽動, 可能在停用抗精神病類藥物後出現
<input type="checkbox"/> 抗憂鬱劑	初次用藥或增加劑量時會感到暫時性的忐忑不安 突然停藥會出現類流感症狀、大腦興奮或出現類似觸電的感覺	男性: 射精延遲 女性: 難以達到高潮
<input type="checkbox"/> 情緒穩定劑 ○ Valproate 衍生物 ○ Carbamazepine ○ Oxcarbazepine ○ Lamotrigine	紅疹、頭暈、步態不穩、視線模糊或複視、體重增加	血球計數或血鈉異常、生理期停止、掉髮、或體毛增加。
<input type="checkbox"/> 情緒穩定劑 ○ 鋰劑	口渴、排尿、痤瘡、震顫等情況加劇	減低甲狀腺或腎臟功能
<input type="checkbox"/> 精神刺激劑	心跳快速、焦慮、胃口減低、體重減輕、易怒、失眠	生長遲緩、性慾降低
<input type="checkbox"/> 安眠、抗焦慮、或抗錐體外徑副作用類藥物		
○ Benzodiazepine ○ Nonbenzodiazepine (Z 藥)	虛弱或疲勞、步態不穩、頭暈、宿醉反應、隨時可能跌倒、做怪夢、夢食或夢駕	記憶障礙、成癮
○ Buspirone	頭暈、忐忑或感到坐立不安、失眠、思維混亂、視線模糊	耐受性佳
○ Gabapentin ○ Pregabalin	疲勞、頭暈、視線模糊	體重改變、腿部水腫
○ Hydroxyzine ○ Diphenhydramine ○ Benztrapine	頭暈、疲勞、睏倦、注意力難以集中、視線模糊或複視、排尿困難	記憶障礙或產生負面想法
○ Propranolol	疲勞、頭暈、血壓心跳降低	血壓心跳降低

其他藥物 是否有提供其他藥物資訊表? 有, 已提供給客戶 有, 但客戶拒絕收下

藥物名稱:	可能發生的副作用	可能發生的長期副作用 (超過 3 個月)

客戶姓名首字母縮寫或替代決策人:	處方開立者姓名首字母縮寫:
------------------	---------------