

MEDICATION CONSENT FORM

(GIẤY THỎA THUẬN XỬ DỤNG THUỐC)

ALAMEDA COUNTY

BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES

NAME: _____

DOB: _____

PSP: _____

SS#: _____

Tôi hiểu là tôi có quyền từ chối không sử dụng loại thuốc này, và thuốc sẽ không được cung cấp cho tôi trừ khi tôi đã thảo luận với bác sĩ của tôi và đồng ý dùng thuốc, trừ khi trong trường hợp khẩn cấp. Tôi và bác sĩ của tôi đã thảo luận các điều sau đây:

1. Tình trạng tâm thần của tôi.
2. Các lý do mà bác sĩ phải cấp thuốc này cho tôi, kể cả việc tình trạng của tôi có thể tiến triển hơn hay không tiến triển gì hết nếu không dùng thuốc này.
3. Tôi có thể từ chối dùng thuốc bất cứ lúc nào khi tôi báo cho bất cứ nhân viên nào trong nhóm săn sóc sức khỏe cho tôi biết.
4. Các phương pháp điều trị hợp lý khác để chữa trị cho bệnh của tôi.
5. Loại thuốc tôi được cấp, dùng bao lần và liều lượng, cách sử dụng (chích hoặc uống), và thời gian trị bệnh.
6. Các phản ứng thông thường của thuốc đó, và các phản ứng đặc biệt có thể xảy ra trong trường hợp của tôi.
7. Các phản ứng khác có thể xảy ra nếu tôi dùng thuốc quá ba tháng, kể cả chứng tardive dyskinesia là chứng co giật bất thành linh của mặt, miệng, tay hoặc chân. Một số thuốc trị các bệnh tâm thần có thể gây ra các triệu chứng trên mà có thể không chữa chạy được, và các triệu chứng này có thể xuất hiện sau khi đã ngưng dùng thuốc.

Tôi cũng đã được cung cấp các chi tiết văn bản về loại thuốc bác sĩ đề nghị. Tôi hiểu là đây chỉ là một phần các chi tiết, và tôi phải thảo luận kỹ với bác sĩ về tất cả những bệnh lý của tôi và những loại thuốc mà tôi sử dụng.

- () Antianxiety Agents, specifically/Thuốc chống lo âu, tên là _____
- () Antidepressants, specifically /Thuốc an thần, tên là _____
- () Antipsychotics, specifically/Thuốc chống điên loạn, tên là _____
- () Thuốc Carbamazepine (Tegretol)
- () Thuốc Divalproex hay Valproic Acid (Depakote)
- () Thuốc Lithium
- () Psychostimulants, specifically /Thuốc kích thích tâm thần, tên là _____
- () Sedative/hypnotics /Thuốc làm ngủ, tên là _____
- () Other /Các loại thuốc khác: _____

Ngày _____ Chữ ký của bệnh nhân/cha mẹ _____

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

() Pt. on conservatorship, Conservator sig: _____ DATE: _____