Sở Sức Khỏe Phẩm Hạnh
Của Địa Hạt San Bernardino

(Mỗi bác sĩ có trách nhiệm trong sự chăm sóc lâu dài của bệnh nhân này phải điền một mẫu đơn riêng.)

TÀI LIỆU LIÊN QUAN ĐẾN SỰ CHẤP THUẬN:
Bác sĩ mà đã ký tên ở dưới của bệnh nhân được nêu tên bên dưới qua văn kiện này chứng nhận rằng bác sĩ đã cung cấp những tài liệu sau đây về việc phân phối thuốc tâm thần cho bệnh nhân này:

1. Đặc tính về tình trạng y tế của bệnh nhân;
2. Những lý do để dùng các thuốc, bao gồm khả năng có thể hoặc không có thể tiến bộ nếu không có thuốc đó, và sự chấp thuận, một khi đã cấp, có thể được thu hồi bất cứ lúc nào bằng cách báo cho bất cứ nhân viên nào hoặc người điều trị nào;
3. Những phương pháp điều trị hợp lý khác, nếu có;
4. Loại thuốc, độ thường xuyên và lượng thuốc (kể cả những thuốc chỉ dùng khi cần), cách cho thuốc (uống hoặc chích), và thời gian dùng thuốc bao lâu;
5. Những phản ứng thuốc thường xảy ra khi dùng những thuốc này, và những phản ứng thuốc mà có thể đặc biệt xảy ra đối với riêng bệnh nhân này;
6. Những phản ứng thuốc khác nữa mà có thể xảy ra cho những bệnh nhân nào dùng thuốc đó trên ba tháng: bệnh nhân phải được cho biết rằng những phản ứng thuốc này có thể bao gồm sự cử động ngoài ý muốn liên tục của mặt hoặc miệng và có khi bàn tay và bàn chân cũng cử động như thế, và những triệu chứng này của bệnh rối loạn vận động muộn (tardive dyskinesia) có thể không bao giờ hết và có thể xuất hiện sau khi đã ngưng dùng thuốc;
7. Đã trao tài liệu được in ra về các thuốc cho bệnh nhân: ☐ CÓ ☐ CHƯA Nếu trả lời là CHƯA, TẠI SAO CHƯA?

_____

_____

_____ _____
NGÀY CHỮ KÝ CỦA BÁC SĨ

ĐỐI VỚI MỖI CHỮ KÝ CHẤP THUẬN CỦA BỆNH NHÂN BÊN DƯỚI PHẢI CÓ NGÀY VÀ CHỮ KÝ TẮT CỦA BÁC SĨ __

CHẤP THUẬN:
Qua văn kiện này bệnh nhân công nhận mỗi lần qua chữ ký bên dưới rằng:

1. Tôi đã tham gia và được hài lòng về cuộc thảo luận và hoạch định cho dịch vụ cấp thuốc hiện giờ của tôi.
2. Tất cả những tài liệu ở phần trên về việc sử dụng thuốc tâm thần đã được giải thích đầy đủ cho tôi;
3. Tôi hiểu tài liệu này và hiện giờ không có câu hỏi gì thêm;
4. Tôi hiểu rằng nếu tôi có câu hỏi gì sau khi đã dùng thuốc này, tôi sẽ có cơ hội thảo luận với bác sĩ của tôi;
5. Tôi hiểu rằng không có điều gì trong văn kiện này ngăn cấm một bác sĩ hành động thích đáng trong trường hợp khẩn cấp;
6. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy chấp thuận này vào bất cứ lúc nào bằng cách báo cho một nhân viên điều trị biết.

TÔI CHẤP THUẬN KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC CỦA TÔI VÀ CHẤP THUẬN VIỆC DÙNG (liệt kê rõ ràng tên của những loại thuốc):

THUỐC	NGÀY	CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN

MẪU CHẤP THUẬN CHỊU DÙNG THUỐC
Địa Hạt San Bernardino
SỞ SỨC KHỎE PHẨM HẠNH
Tài Liệu Bảo Mật Của Bệnh Nhân
Xem Điều Lệ W&I 5328

TÊN:

SỐ HỒ SƠ:

NGÀY SINH:

CHƯƠNG TRÌNH: