

THỎA THUẬN VỀ VIỆC DỪNG THUỐC TÂM THẦN

DOB: _____

Tên Bệnh Nhân _____ **Số MRN** _____

Tôi xác định rằng đã thảo luận với bác sĩ kê toa thuốc cho tôi (hoặc cho con tôi) về các loại thuốc trong toa được miêu tả cụ thể trong bản thoả thuận này, lý do để dùng thuốc đó và những lựa chọn điều trị hợp lý khác có thể có được.

Những LÝ DO dựa trên chẩn đoán, triệu chứng và/hoặc hành vi để dùng các loại thuốc tâm thần sau đây là:

*** Tất cả các phản ứng phụ được chỉ ra dưới đây có thể xảy ra sau khi điều trị bằng thuốc ngắn hoặc dài hạn (trên 3 tháng). Nỗ lực tốt nhất được thực hiện ở đây là để giải quyết các phản ứng phụ đáng chú ý hoặc có thể, nhưng không phải tất cả những phản ứng phụ đều có thể được liệt kê hoặc thậm chí dự đoán. Điều quan trọng là phải luôn luôn thông báo cho bác sĩ của quý vị càng sớm càng tốt khi có bất kỳ phản ứng phụ nào xảy ra.**

Các phản ứng phụ tiềm ẩn là mối quan tâm chung về tất cả các loại thuốc: dị ứng, buồn nôn, nôn mửa, đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi, khô miệng, táo bón, tiêu chảy, thay đổi cân nặng, thay đổi về giấc ngủ và sự tỉnh táo, rối loạn vận động, rối loạn chức năng tình dục, gây dị tật cho trẻ sơ sinh, **và khi dùng thuốc trên 3 tháng:** loãng xương, chuyển động chậm chạp, rối loạn chức năng gan/thận, rối loạn máu; và những loại thuốc sau đây thuộc thể loại thuốc đặc biệt cần quan tâm:

Thuốc Chống Rối Loạn Tâm Thần (tên thuốc, liều lượng tối thiểu /tối đa hàng ngày, tần suất, cách hấp thụ, độ lâu dài của tác dụng) _____

Các phản ứng phụ có thể xảy ra: tăng đường/mỡ trong máu, thị lực mờ, căng thẳng, run, cơ cứng, hội chứng ác tính thần kinh (sốt cao, cứng đờ, mê sảng, suy tuần hoàn và hô hấp), co giật, nhịp tim không đều, tăng nguy cơ đột quỵ và tử vong ở người cao tuổi bị mất trí nhớ; **điều trị trên 3 tháng:** tiểu đường, hội chứng về hệ chuyển hóa, giảm tế bào máu, **chuyển động chậm chạp (những cử động ngoài ý muốn ở đầu, cổ, chân tay có thể không kiểm chế được và có thể xuất hiện sau khi ngừng dùng thuốc).** Những phản ứng phụ khác (xác định cụ thể sau khi điều trị trên 3 tháng): _____

Thuốc Chống Trầm Cảm (tên thuốc, liều lượng tối thiểu / tối đa, tần suất, cách hấp thụ, độ lâu dài của tác dụng) _____

Các phản ứng phụ có thể xảy ra: thị lực mờ, bí tiểu, động kinh, rối loạn huyết áp, nhịp tim không đều, **thay đổi tâm trạng, khó chịu, bạo lực, có suy nghĩ và hành vi tự sát (đặc biệt ở người trẻ tuổi); điều trị trên 3 tháng:** rối loạn chức năng tình dục, hội chứng trong hệ chuyển hóa, chuyển động chậm chạp. Những phản ứng phụ khác (xác định cụ thể sau khi điều trị trên 3 tháng): _____

_____ (Viết tắt tên của bệnh nhân / người giám hộ hợp pháp)

Thuốc Chống Lo Lắng / Thôi Miên (tên thuốc, liều lượng tối thiểu / tối đa, tần xuất, cách hấp thụ, độ lâu dài của tác dụng) _____

Các phản ứng phụ khác có thể xảy ra: khó tập trung, rối trí, vụng về, mất khả năng ức chế, tác dụng hiệp đồng với rượu và các loại thuốc khác, kể cả thuốc giảm đau opioid; **điều trị trên 3 tháng:** cơ thể thích nghi / bị lệ thuộc, nghiện. Những phản ứng phụ khác (xác định cụ thể sau khi điều trị trên 3 tháng): _____

Thuốc Ổn Định Tâm Trạng (tên thuốc, liều lượng tối thiểu / tối đa, tần xuất, cách hấp thụ, độ lâu dài của tác dụng) _____

Các phản ứng phụ khác có thể xảy ra: phát ban / mụn nước ở mức nghiêm trọng, nguy cơ đe dọa tính mạng, rối trí, rối loạn chức năng gan/tụy, giảm tế bào máu, gây dị tật cho trẻ sơ sinh; **điều trị trên 3 tháng:** giảm natri trong máu, các vấn đề buồng trứng (axit valproic). Những phản ứng phụ khác (xác định cụ thể sau khi điều trị trên 3 tháng): _____

Lithium (liều lượng tối thiểu / tối đa, tần xuất, cách hấp thụ, độ lâu dài của tác dụng) _____

Các phản ứng phụ khác có thể xảy ra: khát nước, đi tiểu nhiều, run rẩy, gây dị tật cho trẻ sơ sinh; **điều trị trên 3 tháng:** mụn trứng cá, rối loạn tuyến giáp, suy thận. Những phản ứng phụ khác (xác định cụ thể sau khi điều trị trên 3 tháng sau khi điều trị): _____

Thuốc Trị Chứng Hiếu Động, Kém Tập Trung (tên thuốc, liều lượng tối thiểu / tối đa, cách hấp thụ, độ lâu dài của tác dụng) _____

Các phản ứng phụ có thể xảy ra: giảm sự thèm ăn / phát triển, bồn chồn, huyết áp / nhịp tim rối loạn. **Atomoxetine:** gây loại tổn thương gan hiếm gặp, có thể bị vàng da, đau bụng, nước tiểu sẫm màu, triệu chứng giống cảm cúm. **Các chất kích thích:** rối loạn tâm thần, ý tưởng tự sát, hung hăng, tử vong bất ngờ không rõ nguyên do, những bất thường trong cơ cấu tim (không phát hiện được); **điều trị trên 3 tháng:** cơ thể thích nghi / bị lệ thuộc, nghiện. Những phản ứng phụ khác (xác định cụ thể sau khi điều trị trên 3 tháng): _____

Thuốc Chống Bệnh Parkinson (tên thuốc, liều lượng tối thiểu / tối đa, cách hấp thụ, độ lâu dài của tác dụng) _____

Các phản ứng phụ khác có thể xảy ra: thị lực mờ, suy nhược thần kinh, và khó đi tiểu; **điều trị trên 3 tháng:** suy giảm chức năng tình dục, tăng nhãn áp, làm giãn ruột. Những phản ứng phụ khác (xác định cụ thể sau khi điều trị trên 3 tháng): _____

_____ (Viết tắt tên của bệnh nhân / người giám hộ hợp pháp)

Những Loại Thuốc Tâm Thần Khác (tên thuốc, liều lượng tối thiểu / tối đa, cách hấp thụ, độ lâu dài của tác dụng)

Những phản ứng phụ có thể xảy ra (xác định cụ thể sau khi điều trị trên 3 tháng): _____

Tôi đã được cho biết về những LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ KHÁC hợp lý được liệt kê dưới đây và khả năng có tiến triển hoặc không tiến triển mà không cần dùng những loại thuốc kể trên (phần này phải được viết ra):

Những mục khác mà chúng tôi đã bàn thảo:

1. Những tương tác có thể xảy ra giữa các loại thuốc và ma túy. Tôi đồng ý thông báo cho bác sĩ kê toa của tôi / của con tôi về bất kỳ loại thuốc, hoặc sự thay đổi thuốc, theo toa kê của bác sĩ khác, và về việc sử dụng, hoặc những thay đổi trong sử dụng, thuốc bán tự do hoặc các loại thuốc bổ tự nhiên / thảo dược.
2. Nguy cơ tiềm ẩn về thuốc đối với thai nhi hoặc trẻ sơ sinh đang bú sữa mẹ, và tôi đã nói với bác sĩ kê toa của tôi / của con tôi rằng tôi / con tôi hiện đang mang thai hay cho con bú. Tôi đồng ý thông báo cho bác sĩ kê toa nếu tôi / con tôi có bất kỳ khả năng hoặc ý định nào về mang thai hoặc cho con bú sữa mẹ.
3. Vì chúng làm thay đổi tâm trí, **cần nên tránh rượu và/hoặc ma túy giải trí / mua trên đường phố / bất hợp pháp**. Chúng có thể cũng gây ra các tương tác nguy hiểm và có thể ảnh hưởng xấu đến tác dụng chính của các loại thuốc kê đơn.
4. Tôi / con tôi biết rằng thuốc điều trị có thể làm suy giảm khả năng lái xe hoặc vận hành thiết bị. Tôi / con tôi nên tránh lái xe hoặc sử dụng máy móc nặng nề cho đến khi nào tôi / con tôi biết được các loại thuốc được kê toa có thể ảnh hưởng đến tôi / con tôi như thế nào. Tôi chịu trách nhiệm về việc duy trì sự an toàn của bản thân tôi / của con tôi, và sự an toàn của người khác.
5. Tôi / con tôi đồng ý sử dụng / quản lý các loại thuốc theo đúng quy định và, đặc biệt khi bắt đầu dùng thuốc hoặc trong khi thay đổi liều lượng, để theo dõi và liên lạc với bác sĩ kê toa của tôi / của con tôi về bất kỳ bất thường hoặc tác động tiêu cực nào. Sẽ liên lạc số Khẩn Cấp / 911 nếu có tác động tiêu cực nghiêm trọng nào.
6. Việc ngừng thuốc, đặc biệt là ngừng đột ngột, có thể gây ra các tác động tiêu cực nghiêm trọng. Tôi đồng ý thảo luận việc ngừng thuốc với bác sĩ kê toa của tôi / của con tôi trước khi làm như vậy, và làm theo lời khuyên về việc giảm liều thuốc một cách an toàn nếu có ý định ngưng dùng thuốc.
7. Thuốc được lựa chọn dựa trên các bằng chứng tốt nhất được hỗ trợ bởi các tài liệu, hướng dẫn chữa trị và ý kiến của các nhà chuyên môn, mặc dù đôi khi một loại thuốc cụ thể có thể chưa có sự thông qua của Cơ Quan Kiểm Soát Thực Phẩm và Thuốc Men Hoa Kỳ về việc sử dụng và phạm vi liều lượng.

_____ (Viết tắt tên của bệnh nhân / người giám hộ hợp pháp)

Thừa Nhận và Đồng Ý

Tôi thừa nhận rằng các mục trên đã được thảo luận một cách thoả đáng với tôi, và rằng tôi đã đồng ý và chấp nhận những rủi ro trong việc điều trị bằng các loại thuốc được chỉ định trong văn bản này. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền từ chối những loại thuốc này và chúng không thể được cấp cho tôi / cho con tôi mà không có sự đồng ý của tôi. Tôi có thể tìm kiếm thêm thông tin vào bất kỳ lúc nào tôi muốn, và tôi có thể rút lại sự ưng thuận của tôi về việc điều trị bằng các loại thuốc nêu trên bất cứ lúc nào bằng cách nói rõ ý định của tôi đối với bác sĩ kê toa của tôi / của con tôi. Tôi xác nhận với chữ ký của tôi rằng tôi có thẩm quyền pháp lý để ký chấp thuận này và rằng mối quan hệ được liệt kê dưới đây là hợp lệ và hợp pháp

Chữ Ký Bệnh Nhân
(hoặc của Cha Mẹ hoặc của Người Giám Hộ Hợp Pháp)

Ngày Ký

Nếu không phải bệnh nhân, xin hãy viết Tên / Mối Liên Hệ Pháp Lý

Chữ Ký Bác Sĩ Kê Toa
Prescriber Signature

Ngày Ký
Date

Tên / Chứng Chỉ của Bác Sĩ Kê Toa
Prescriber Print Name/Credentials

CA Medical License #

Tên Trung Tâm Điều Trị (Name of Clinic)

Địa Chỉ Trung Tâm Điều Trị (Clinic Address)