

정신질환 치료제 동의서

DOB: _____

고객 이름 _____ **MRN 번호** _____

본인은 본 동의서에 명시된 정신질환 치료제 처방과 이러한 치료제를 복용하는 이유, 이용할 수 있는 합당한 대체 치료에 대해 처방의와 논의하였음을 인정합니다.

다음과 같은 정신질환 치료제를 복용하는 이유 (진단, 증상 및/또는 행동)는 다음과 같습니다.

***단기 또는 장기(3개월 이상)간의 약물치료 후 아래 제시한 모든 부작용이 발생할 수 있습니다. 잘 알려져 있거나 가능성이 높은 주요 부작용에 대해 최대한 설명하였으나 발생 가능한 모든 부작용을 나열하거나 예측할 수는 없습니다. 발생한 부작용에 대해 최대한 빨리 처방의에게 알리는 것이 중요합니다.**

모든 약물에 대한 공통적인 잠재적 부작용: 알레르기 반응, 메스꺼움, 구토, 두통, 현기증, 피로, 구강 건조, 변비, 설사, 체중 변화, 수면 및 각성도 변화, 운동 장애, 성기능 장애, 선천적 기형, 3개월을 초과하여 약물을 복용하는 경우: 골다공증, 지연성 운동장애, 간/신장 장애, 혈액 장애, 특정 약물 범주와 관련이 있는 부작용.

항정신병제(이름, 일일 최소/최대 복용량, 빈도, 경로, 기간) _____

추가적으로 발생 가능한 부작용: 혈당/지질 증가, 시력 저하, 불안, 떨림, 근육 경직, 신경이완제 약성증후군(고열, 경축, 섬망, 순환허탈, 호흡곤란), 발작, 불규칙적 심장 박동, 발작 위험 증가, 치매 노인의 경우 뇌졸중과 사망의 위험증가; 3개월을 초과하여 치료: 당뇨병, 대사증후군, 혈구 감소, ~~지연성 운동장애/머리 무 쓰임이 복수인 운동이 회복 불가능한스 인오더 약물치료를 중단한 후~~

항우울제(이름, 일일 최소/최대 복용량, 빈도, 경로, 기간) _____

추가적으로 발생 가능한 부작용: 시력 저하, 요폐, 발작, 혈압 조절 장애, 불규칙한 심장 박동, **기분 변화, 과민성, 폭력, 자살 생각 및 행동(특히 청년의 경우); 3개월을 초과하여 치료: 성기능 장애, 대사증후군, 지연성 운동장애, 기타 부작용(3개월을 초과하여 치료한 경우 명시):**

□ 항불안제/수면제(이름, 일일 최소/최대 복용량, 빈도, 경로, 기간) _____

추가적으로 발생 가능한 부작용: 집중력 저하, 혼돈, 둔함, 억제 기능 소실, 알코올 및 기타 약물(아편계 진통제 포함)과의 상승부작용; 3개월을 초과하여 치료:

내성/의존성, 중독. 기타 부작용(3개월을 초과하여 치료한 경우 명시): _____

□ 기분안정제(이름, 일일 최소/최대 복용량, 빈도, 경로, 기간) _____ (XXXX/XXXX/XXXX/XXXX)

추가적으로 발생 가능한 부작용: 심각한 발진/점막 수포, 잠재적 생명 위협, 혼란, 간/췌장 장애, 혈구 감소, 선천적 기형; 3개월을 초과하여 치료: 저나트륨혈증, 난소 문제(발프로산). 기타 부작용(3개월을 초과하여 치료한 경우 명시): _____

□ 리튬(일일 최소/최대 복용량, 빈도, 경로, 기간)

□ 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD) 치료제(이름, 일일 최소/최대 복용량, 빈도, 경로, 기간)

□ 항파킨슨병 약제(이름, 일일 최소/최대 복용량, 빈도, 경로, 기간) _____

추가적으로 발생 가능한 부작용: 시력 저하, 정신 둔함, 소변보기 어려움; 3개월을 초과하여 치료: 성기능 장애, 녹내장, 장 확장. 기타 부작용(3개월을 초과하여 치료한 경우 명시): _____

총분제: 정신병, 자살 생각, 공격성, 돌연사, 주로 (발견되지 않은) 선행 심장구조 장애 동반;
3개월을 초과하여 치료: 내성/의존성, 중독. 기타 부작용(3개월을 초과하여 치료한 경우 명시): _____

□ 그 XXXXXXXXXX(XX) XXXXX/XXXX XXX XXX XX

본인은 아래 나열한 합당한 대체요법과 상기 치료제를 사용하지 않을 경우의 향상 또는 비향상 가능성에 대한 내용을 들었습니다(필수 작성 항목):

논의한 그 외 주제:

1. 다른 치료제 또는 약물로 발생할 수 있는 약물 상호작용. 본인은 다른 처방의가 처방한 약물 또는 약물 변경, 일반의약품 또는 천연/약초 보조제의 사용 또는 사용 변경에 대한 내용을 본인/자녀의 처방의에게 알릴 것에 동의합니다.
2. 태아 또는 모유 수유 중인 신생아에 대한 잠재적 투약 위험성. 본인은 본인/자녀가 현재 임신 중이거나 모유 수유 중인지 여부를 본인/자녀의 처방의에게 알렸습니다. 본인은 본인/자녀가 임신 또는 모유 수유의 가능성이나 계획이 있을 경우 이를 본인/자녀의 처방의에게 알릴 것에 동의합니다.
3. 각성 효과가 있는 **알코올 및/또는 기분 전환 약제/마약/불법 약제는 피해야 합니다.** 또한 이러한 약물은 함께 복용할 경우 위험할 수 있으며 처방된 약물의 의도된 작용에 부정적인 영향을 미칠 수 있습니다.
4. 본인/자녀는 약물이 운전 능력이나 장비 조작 능력에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다. 본인/자녀는 처방된 약물이 본인/자녀에게 미칠 수 있는 영향을 알 때까지 운전 또는 중장비 사용을 피해야 합니다. 본인은 본인/자녀의 안전 및 다른 사람의 안전을 유지할 책임이 있습니다.
5. 본인/자녀는 처방에 따라 약물을 복용하며 특히 치료를 시작하거나 복용량을 변경하는 동안 이상 효과 또는 부작용을 살피고 이를 본인/자녀의 처방의에게 문의할 것에 동의합니다. 부작용이 심한 경우 응급실/911에 연락합니다.
6. 특히 갑자기 약물을 중단하는 경우 심각한 역효과가 발생할 수 있습니다. 약물을 중단하기 전 본인/자녀의 처방의와 논의하고 약물을 중단하고자 하는 경우 안전하게 약물을 점차 줄이는 방법에 대한 의사의 조언을 따를 것에 동의합니다.
7. 약물은 의학 논문, 지침, 전문가 의견이 뒷받침하는 최적 증거에 기초하여 선택합니다. 다만 특정 약물은 논의한 사용 및 용량에 대해 미국 식품의약청(U.S. Food and Drug Administration)의 승인을 받지 못할 수 있습니다.

인정 및 동의

본인은 위 내용에 만족하였으며 본 동의서에 명시한 약물치료의 위험에 대해 동의하고 승인하였음을 인정합니다. 또한 본인은 이러한 약물을 거부할 권리가 있으며 본인의 동의 없이 본인/자녀에게 투여할

수 없음을 이해합니다. 본인은 원하는 경우 언제든지 추가 정보를 요구할 수 있으며 본인/자녀의 처방의에게 이야기하여 언제든지 위 약물치료에 대한 동의를 철회할 수 있습니다. 본인은 본 동의서에 서명할 법적 권한이 있으며 열거된 관계가 유효하며 합법적임을 서명을 통해 증명합니다.

고객 (또는 부모 또는 법적 보호자/ 관리자) 서명

날짜

고객이 아닌 경우 정자체 이름/ 법적 관계

처방의 서명

Prescriber Signature

날짜

Date

처방의 정자체 이름/자격

Prescriber Print Name/Credentials

CA Medical License #

병원명 (Name of Clinic)

병원 주소 (Clinic Address)