

本同意书旨在提供维护客户心理健康的建议药物相关的资讯, 并非强迫客户用药的强制性合约。本同意书并未涵盖药物的所有用途或治疗客户的所有副作用。

客户姓名: _____ 出生日期: _____ PSP: _____

1. 建议将药物用于治疗烦躁症状。本人因出现以下症状, 需服用下列药物:

- | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 没有精神或精神萎靡 | <input type="checkbox"/> 情绪起伏 | <input type="checkbox"/> 与他人无法良好沟通 |
| <input type="checkbox"/> 情绪低落 | <input type="checkbox"/> 思绪奔腾 | <input type="checkbox"/> 过动 |
| <input type="checkbox"/> 胃口不佳或饮食过量 | <input type="checkbox"/> 行为冲动 | <input type="checkbox"/> 恐慌 |
| <input type="checkbox"/> 注意力不集中或容易糊涂 | <input type="checkbox"/> 胡思乱想 | <input type="checkbox"/> 噩梦或幻觉 |
| <input type="checkbox"/> 睡眠不佳或嗜睡 | <input type="checkbox"/> 固执 | <input type="checkbox"/> 肌肉僵硬或痉挛 |
| <input type="checkbox"/> 焦虑或持续忧虑 | <input type="checkbox"/> 恐惧感或莫名其妙的害怕 | <input type="checkbox"/> 坐立不安 |
| <input type="checkbox"/> 难以调适压力 | <input type="checkbox"/> 幻听或幻视 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |
| <input type="checkbox"/> 易怒烦躁对别人表现出攻击性或敌意 | <input type="checkbox"/> 思绪混乱 | |

药物名称	药物种类 (药物分类)	用药方式 (途径):	每日剂量 (范围):	频次 (范围):
	<input type="checkbox"/> 抗忧郁剂 <input type="checkbox"/> 抗焦虑剂 <input type="checkbox"/> 抗精神病类药物 <input type="checkbox"/> 情绪稳定剂 <input type="checkbox"/> 精神刺激剂 <input type="checkbox"/> 抗锥体外径副作用类药物 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):		
	<input type="checkbox"/> 抗忧郁剂 <input type="checkbox"/> 抗焦虑剂 <input type="checkbox"/> 抗精神病类药物 <input type="checkbox"/> 情绪稳定剂 <input type="checkbox"/> 精神刺激剂 <input type="checkbox"/> 抗锥体外径副作用类药物 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):		
	<input type="checkbox"/> 抗忧郁剂 <input type="checkbox"/> 抗焦虑剂 <input type="checkbox"/> 抗精神病类药物 <input type="checkbox"/> 情绪稳定剂 <input type="checkbox"/> 精神刺激剂 <input type="checkbox"/> 抗锥体外径副作用类药物 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):		
	<input type="checkbox"/> 抗忧郁剂 <input type="checkbox"/> 抗焦虑剂 <input type="checkbox"/> 抗精神病类药物 <input type="checkbox"/> 情绪稳定剂 <input type="checkbox"/> 精神刺激剂 <input type="checkbox"/> 抗锥体外径副作用类药物 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):		
	<input type="checkbox"/> 抗忧郁剂 <input type="checkbox"/> 抗焦虑剂 <input type="checkbox"/> 抗精神病类药物 <input type="checkbox"/> 情绪稳定剂 <input type="checkbox"/> 精神刺激剂 <input type="checkbox"/> 抗锥体外径副作用类药物 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):		

2. 每次回诊都要对我的用药需求进行评估。症状消失后通常要持续用药, 避免复发。预计开立的用药时间至少为:

- 6个月或更久 12个月或更久 其他: _____

3. 我的病情所适用的其他合适替代治疗包括:

- 心理治疗 团体或家庭治疗 其他药物 其他: _____

4. 副作用 (包括时间超过 3 个月的长期副作用) 列于本同意书背面或单独提供。

5. 我对收到的药物资讯和讨论结果感到满意, 并了解以下事项的重要性:

- 想停药时要先告知处方开立者, 讨论停药可能会产生的影响;
- 每年进行至少一次实验室检验或其他评估, 监测我的治疗进展及发生副作用的风险;
- 计划怀孕或要哺乳时要先告知处方开立者, 因为许多药物都会造成先天缺陷。

6. 我已收到此用药同意书的副本, 并了解我有权索取更多药物资讯、拒绝用药, 并可随时撤销此同意书。

客户或替代决策人签名:	与客户的关系:	日期:
处方开立者签名:	<input type="checkbox"/> 精神科医师 (MD/DO) <input type="checkbox"/> 精神专科护理师 (PNP)	日期:
见证职员 (若患者同意但选择不签名):		日期:

本表并未涵盖各药物可能产生的所有副作用或风险, 如欲了解更多资讯, 请洽医疗专业人员。请向处方开立者了解避免或处理所有副作用的方式。

所有用药者的常见副作用	如何避免或处理可能发生的副作用
胃部不适	若处方开立者无另外指示, 药物可与食物共用
便秘或腹泻	大量喝水、运动、食用高纤食物 (例如水果、蔬菜、全麦、燕麦及其他食物)
口干	大量喝水、食用健康零食、或时不时地含一块无糖糖果
困倦/疲劳	询问处方开立者是否可在睡前服药
头痛	通常会在几天后消失。如果头痛没有消失, 请喝水并告知处方开立者

药物或分类	可能发生的副作用	可能发生的长期副作用 (超过 3 个月)
<input type="checkbox"/> 抗精神病类药物	肌肉痉挛、坐立不安、体重增加、血糖或血胆固醇上升 女性: 导致生理期停止或泌乳的荷尔蒙分泌增加 男性: 导致乳房周围脂肪组织增加或性欲下降的荷尔蒙分泌增加	脸、口、手臂、腿、或躯干肌肉重复抽动, 可能在停用抗精神病类药物后出现
<input type="checkbox"/> 抗忧郁剂	初次用药或增加剂量时会感到暂时性的忐忑不安 突然停药会出现类流感症状、大脑兴奋或出现类似触电的感觉	男性: 射精延迟 女性: 难以达到高潮
<input type="checkbox"/> 情绪稳定剂 o Valproate 衍生物 o Carbamazepine o Oxcarbazepine o Lamotrigine	红疹、头晕、步态不稳、视线模糊或复视、体重增加	血球计数或血钠异常、生理期停止、脱发、或体毛增加。
<input type="checkbox"/> 情绪稳定剂 o 锂剂	口渴、排尿、痤疮、震颤等情况加剧	降低甲状腺或肾脏功能
<input type="checkbox"/> 精神刺激剂	心跳快速、焦虑、胃口减低、体重减轻、易怒、失眠	生长迟缓、性欲降低
<input type="checkbox"/> 安眠、抗焦虑、或抗锥体外径副作用类药物		
<input type="checkbox"/> Benzodiazepine <input type="checkbox"/> Nonbenzodiazepine (Z 药)	虚弱或疲劳、步态不稳、头晕、宿醉反应、随时可能跌倒、做怪梦、梦食或梦驾	记忆障碍、成瘾
<input type="checkbox"/> Buspirone	头晕、忐忑或感到坐立不安、失眠、思维混乱、视线模糊	耐受性佳
<input type="checkbox"/> Gabapentin <input type="checkbox"/> Pregabalin	疲劳、头晕、视线模糊	体重改变、腿部水肿
<input type="checkbox"/> Hydroxyzine <input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> Benztropine	头晕、疲劳、困倦、注意力难以集中、视线模糊或复视、排尿困难	记忆障碍或产生负面想法
<input type="checkbox"/> Propranolol	疲劳、头晕、血压心跳降低	血压心跳降低

其他药物 是否有提供其他药物资讯表? 有, 已提供给客户 有, 但客户拒绝收下

药物名称:	可能发生的副作用	可能发生的长期副作用 (超过 3 个月)

客户姓名首字母缩写或替代决策人:	处方开立者姓名首字母缩写:
------------------	---------------