

Mẫu đơn này cung cấp những thông tin liên quan đến (các) loại thuốc được đề nghị để hỗ trợ sức khỏe tâm thần của một thân chủ và không phải là một hợp đồng để ép buộc phải dùng thuốc ngoài ý muốn của thân chủ. Mẫu đơn này có thể không bao gồm tất cả những cách sử dụng hoặc tác dụng phụ có thể xảy ra trong lúc chữa trị cho thân chủ.

Tên của thân chủ: _____ Ngày Sinh: _____ PSP: _____

1. Thuốc được đề nghị để chữa trị những triệu chứng khó chịu. (Những) triệu chứng tôi có sau đây chính là lý do thuốc của tôi được đề nghị cho tôi:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Thiếu năng lực hoặc động cơ thúc đẩy | <input type="checkbox"/> Thái độ gây hấn hay thù địch | <input type="checkbox"/> Khó sắp xếp ý tưởng |
| <input type="checkbox"/> Cảm xúc nặng nề | <input type="checkbox"/> Tâm trạng hay thay đổi | <input type="checkbox"/> Khó trò chuyện tốt đẹp với người khác |
| <input type="checkbox"/> Ăn không ngon miệng hoặc ăn quá nhiều | <input type="checkbox"/> Ý tưởng đến vùn vụt | <input type="checkbox"/> Hiểu động thái quá |
| <input type="checkbox"/> Khó tập trung tinh thần hoặc dễ bối rối | <input type="checkbox"/> Hành vi bốc đồng | <input type="checkbox"/> Những cơn hoảng loạn |
| <input type="checkbox"/> Khó ngủ hoặc ngủ quá nhiều | <input type="checkbox"/> Ý tưởng không do mong muốn | <input type="checkbox"/> Những cơn ác mộng hay hồi tưởng |
| <input type="checkbox"/> Hốt hoảng hoặc thường xuyên lo lắng | <input type="checkbox"/> Niềm tin cố định | <input type="checkbox"/> Cơ bắp cương cứng hoặc co thắt |
| <input type="checkbox"/> Khó đối phó với sự căng thẳng | <input type="checkbox"/> Cảm giác sợ hãi hoặc sợ hãi không thực tế | <input type="checkbox"/> Bồn chồn |
| <input type="checkbox"/> Dễ cáu kỉnh hoặc dễ bị kích động | <input type="checkbox"/> Hình ảnh hoặc tiếng nói mà người khác không thể nhìn thấy hay nghe được | <input type="checkbox"/> Triệu chứng khác: _____ |

Tên Thuốc	Loại Thuốc (Phân Loại Thuốc)	Dùng bằng cách (Cách):	Liều Lượng Hằng Ngày (Tâm Mức):	Mức Độ Thường Xuyên (Tâm Mức):
	<input type="checkbox"/> Chống Trầm Cảm <input type="checkbox"/> Chống Lo Âu <input type="checkbox"/> Chống Loạn Tinh Thần <input type="checkbox"/> Ổn Định Tâm Trang <input type="checkbox"/> Kích Thích Tâm Lý <input type="checkbox"/> Chống EPSE <input type="checkbox"/> Loại khác (ghi rõ):	<input type="checkbox"/> Miệng <input type="checkbox"/> Tiêm Chích <input type="checkbox"/> Cách khác (ghi rõ):		
	<input type="checkbox"/> Chống Trầm Cảm <input type="checkbox"/> Chống Lo Âu <input type="checkbox"/> Chống Loạn Tinh Thần <input type="checkbox"/> Ổn Định Tâm Trang <input type="checkbox"/> Kích Thích Tâm Lý <input type="checkbox"/> Chống EPSE <input type="checkbox"/> Loại khác (ghi rõ):	<input type="checkbox"/> Miệng <input type="checkbox"/> Tiêm Chích <input type="checkbox"/> Cách khác (ghi rõ):		
	<input type="checkbox"/> Chống Trầm Cảm <input type="checkbox"/> Chống Lo Âu <input type="checkbox"/> Chống Loạn Tinh Thần <input type="checkbox"/> Ổn Định Tâm Trang <input type="checkbox"/> Kích Thích Tâm Lý <input type="checkbox"/> Chống EPSE <input type="checkbox"/> Loại khác (ghi rõ):	<input type="checkbox"/> Miệng <input type="checkbox"/> Tiêm Chích <input type="checkbox"/> Cách khác (ghi rõ):		
	<input type="checkbox"/> Chống Trầm Cảm <input type="checkbox"/> Chống Lo Âu <input type="checkbox"/> Chống Loạn Tinh Thần <input type="checkbox"/> Ổn Định Tâm Trang <input type="checkbox"/> Kích Thích Tâm Lý <input type="checkbox"/> Chống EPSE <input type="checkbox"/> Loại khác (ghi rõ):	<input type="checkbox"/> Miệng <input type="checkbox"/> Tiêm Chích <input type="checkbox"/> Cách khác (ghi rõ):		

2. Nhu cầu của tôi cho thuốc này sẽ được đánh giá mỗi lần khám. Điều thông thường là tiếp tục dùng thuốc sau khi các triệu chứng đã biến mất để ngăn chặn các triệu chứng tái phát. Người ta ước tính rằng tôi sẽ được kê toa các loại thuốc này ít nhất là:

- 6 tháng hoặc lâu hơn 12 tháng hoặc lâu hơn Khoảng thời gian khác: _____

3. Những lựa chọn điều trị bổ sung và thay thế được xem là hợp lý cho tình trạng của tôi bao gồm:

- Liệu pháp tâm lý Trị liệu theo nhóm hoặc gia đình Những thuốc khác Lựa chọn khác: _____

4. Tác dụng phụ, bao gồm những tác dụng phụ có thể xảy ra và có thể lâu dài (hơn 3 tháng), được liệt kê ở mặt sau của mẫu đơn này hoặc cung cấp riêng.

5. Tôi đã được cung cấp và bàn luận những chi tiết về thuốc cho đến lúc hài lòng và hiểu được tầm quan trọng của:

- Trao đổi với bác sĩ kê toa của tôi nếu tôi muốn dùng thuốc để thảo luận về những tác động có thể xảy ra khi ngưng dùng thuốc,
- Các xét nghiệm hoặc đánh giá khác được thực hiện ít nhất mỗi năm một lần để theo dõi mức tiến triển và nguy cơ của tôi về những phản ứng phụ,
- Trao đổi với bác sĩ kê toa của tôi nếu tôi dự định hoặc đang có thai hoặc cho con bú vì nhiều loại thuốc có thể gây dị tật bẩm sinh.

6. Tôi đã được cung cấp một bản sao của mẫu đơn thỏa thuận về thuốc này và hiểu rằng tôi có quyền xin thêm thông tin về thuốc, từ chối dùng (các loại) thuốc này và tôi có thể rút lại sự thỏa thuận này bất cứ lúc nào.

Chữ Ký của Thân Chủ hoặc của Người Quyết Định Thế:	Liên Hệ với Thân Chủ:	Ngày:
Chữ Ký của Bác Sĩ Kê Toa:	<input type="checkbox"/> Bác Sĩ Tâm Thần (MD/DO) <input type="checkbox"/> Y Tá Cao Cấp về Tâm Thần (PNP)	Ngày:
Nhân Chứng Nhân Viên (nếu bệnh nhân đồng ý nhưng không ký tên):		Ngày:

Đây không phải là một danh sách đầy đủ các tác dụng phụ và rủi ro có thể xảy ra liên quan với mỗi loại thuốc. Hãy tham khảo ý kiến một chuyên viên chăm sóc sức khỏe để có thêm chi tiết. Nói chuyện với bác sĩ kê toa của quý vị về những cách để ngăn chặn hoặc quản lý tất cả các tác dụng phụ.

Những Tác Dụng Phụ Thông Thường cho Mọi Người	Cách Ngăn Chặn hoặc Quản Lý Những Tác Dụng Phụ Có Thể Xảy Ra
Đau Bụng	Uống thuốc với thức ăn, trừ khi có chỉ thị khác của bác sĩ kê toa của quý vị
Táo bón hoặc tiêu chảy	Uống nhiều nước, tập thể dục, và ăn những thức ăn giàu chất xơ (thí dụ: các loại trái cây và rau, ngũ cốc, bột yến mạch, và những thức ăn khác)
Khô miệng	Uống thật nhiều nước, ăn một bữa ăn nhẹ lành mạnh hoặc thỉnh thoảng ngậm kẹo không có đường
Buồn ngủ/mệt mỏi	Hỏi bác sĩ kê toa của bạn xem dùng (những loại) thuốc của mình trước khi đi ngủ có được không
Nhức đầu	Thường xuyên mất trong vòng một vài ngày. Uống nước và nói chuyện với bác sĩ kê toa của quý vị nếu cơn nhức đầu không hết

Thuốc hoặc Loại	Những Tác Dụng Phụ Có Thể Xảy Ra	Những Tác Dụng Phụ Lâu Dài Có Thể Xảy Ra (Hơn 3 tháng)
<input type="checkbox"/> Chống Loạn Tinh Thần	Co thắt cơ bắp, bồn chồn, tăng cân, tăng lượng đường hoặc mỡ trong máu Nữ giới: Tăng một hormone có thể dẫn đến tình trạng mất chu kỳ kinh nguyệt hoặc sản xuất sữa Nam giới: Tăng một hormone có thể dẫn đến tình trạng tăng các mô mỡ xung quanh vú hoặc giảm ham muốn tình dục	Động tác lặp đi lặp lại của cơ mặt, miệng, tay, chân hoặc thân mình và có thể xuất hiện sau khi ngưng thuốc chống loạn tinh thần
<input type="checkbox"/> Chống Trầm Cảm	Cảm giác bồn chồn tạm thời khi mới bắt đầu hoặc khi tăng liều lượng Nếu đột ngột dừng lại: các triệu chứng giống như cúm, não bị điện giật hoặc cảm xúc giống như bị sốc	Nam giới: trì hoãn xuất tinh Nữ giới: khó đạt được khoái cảm
<input type="checkbox"/> Ổn Định Tâm Trạng o Phụ phẩm Valproate o Carbamazepine o Oxcarbazepine o Lamotrigine	Phát ban, chóng mặt, mất thăng bằng, mắt mờ hoặc nhìn đôi, tăng cân	Lượng huyết cầu hoặc natri trong máu bất thường, mất chu kỳ kinh nguyệt, rụng tóc hoặc tăng lông trên cơ thể.
<input type="checkbox"/> Ổn Định Tâm Trạng o Lithium	Gia tăng khát nước và đi tiểu, mụn trứng cá, run rẩy	Giảm chức năng tuyến giáp hoặc thận
<input type="checkbox"/> Kích Thích Tâm Lý	Tím đập nhanh, hồi hộp, giảm sự thèm ăn, sụt cân, khó chịu, khó ngủ	tăng trưởng chậm, ham muốn tình dục thấp
<input type="checkbox"/> Các Tác Nhân Gây Ngủ, Chống Lo Âu, hay Chống-EPSE		
<input type="checkbox"/> Benzodiazepine <input type="checkbox"/> Nonbenzodiazepine (Z-thuốc)	Yếu sức hoặc mệt mỏi, đứng không vững, chóng mặt, tác dụng vật vờ sau khi uống rượu bia, nguy cơ té ngã, những giấc mơ khác thường, buồn ngủ trong khi ăn hoặc lái xe	Khó ghi nhớ, hình thành thói quen
<input type="checkbox"/> Buspirone	Chóng mặt, cảm giác bồi hồi hoặc bồn chồn, khó ngủ, lú lẫn, mắt mờ	Dung nạp tốt
<input type="checkbox"/> Gabapentin <input type="checkbox"/> Pregabalin	Mệt mỏi, chóng mặt, mờ mắt	Trọng lượng thay đổi, sưng chân
<input type="checkbox"/> Hydroxyzine <input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> Benzotropine	Chóng mặt, mệt mỏi, buồn ngủ, khó tập trung, mắt mờ hoặc nhìn đôi, khó tiêu	Khó ghi nhớ hoặc tư tưởng mù mờ
<input type="checkbox"/> Propranolol	Mệt mỏi, chóng mặt, hạ huyết áp và nhịp tim	Hạ huyết áp và nhịp tim

<input type="checkbox"/> Thuốc Khác Được Cấp Thêm Giấy Tờ Giải Thích Chi Tiết Về Thuốc? <input type="checkbox"/> Có, được cung cấp cho thân chủ <input type="checkbox"/> Có, thân chủ từ khước		
Tên Thuốc:	Những Tác Dụng Phụ Có Thể Xảy Ra	Những Tác Dụng Phụ Lâu Dài Có Thể Xảy Ra (Hơn 3 tháng)

Chữ Ký Tắt của Thân Chủ hoặc của Người Quyết Định Thế:	Chữ Ký Tắt của Bác Sĩ Kê Toa: