

Ang form na ito ay nagkaloob ng impormasyon hinggil sa mga inirerekumandang (mga) medikasyon para bigyang suporta ang kalusugang pangkaisipan ng isang kliyente at hindi isang kontrata para mapalit ang paggamit ng medikasyon laban sa kagustuhan ng isang kliyente. Ang form na ito ay maaaring hindi sumaklaw sa lahat ng mga gamit o posibleng side effect mula sa paggamot sa kliyente.

Pangalan ng Kliyente: _____ DOB: _____ PSP: _____

1. Ang mga medikasyon ay inirerekumenda sa paggamot ng mga mapang-abalang sintomas. Ang sumusunod na (mga) sintomas na aking nararanasan ay ang (mga) dahilan kung bakit inirerekumenda ang aking (mga) medikasyon sa akin:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kakulangan ng enerhiya o motibasyon | <input type="checkbox"/> Mapasimuno ng away o hostilidad | <input type="checkbox"/> Kahirapan sa pag-aayos ng mga nasaisip |
| <input type="checkbox"/> Lubusang malungkod na pakiramdam | <input type="checkbox"/> Biglang pag-iba iba ng pag-iisip o sinusumpong | <input type="checkbox"/> Kahirapan sa pakikipag-ugnayan ng mabuti sa iba |
| <input type="checkbox"/> Mahinang gana na kumain o sobrang pagkain | <input type="checkbox"/> Mabilis na pag-iisip | <input type="checkbox"/> Hyperactivity |
| <input type="checkbox"/> Kahirapan na ituon ang pag-iisip o madaling malito | <input type="checkbox"/> Biglaang pagkilos | <input type="checkbox"/> Mga panic attack |
| <input type="checkbox"/> Kahirapan matulog o masyado matagal matulog | <input type="checkbox"/> May mga hindi ninanaaisip na pag-iisip | <input type="checkbox"/> Mga bangungot o flashback |
| <input type="checkbox"/> Pagkabalisa o patuloy na pag-aalala | <input type="checkbox"/> Mga pakiramdam ng takot o di makatotohanang mga kinataakutan | <input type="checkbox"/> Paninigas ng mga kalamnan o pulikat |
| <input type="checkbox"/> Kahirapan na humarap sa stress | <input type="checkbox"/> Mga kini-kinita o boses na hindi nakikita o naririnig ng iba | <input type="checkbox"/> Hindi mapakali |
| <input type="checkbox"/> Pagkairitable o pagkaantig | | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ |

Pangalan ng Medikasyon	Uri ng Medikasyon (Klase ng Med)	Pinapangasiwaan ni (Route):	Dosis sa Pang-araw araw (Saklaw):	Kadalasan (Saklaw):
	<input type="checkbox"/> Antidepressant <input type="checkbox"/> Anti-Anxiety <input type="checkbox"/> Antipsychotic <input type="checkbox"/> Mood Stabilizer <input type="checkbox"/> Psychostimulant <input type="checkbox"/> Anti-EPSE <input type="checkbox"/> Iba pa (tukuyin):	<input type="checkbox"/> Bibig <input type="checkbox"/> Iniksyon <input type="checkbox"/> Iba pa (tukuyin):		
	<input type="checkbox"/> Antidepressant <input type="checkbox"/> Anti-Anxiety <input type="checkbox"/> Antipsychotic <input type="checkbox"/> Mood Stabilizer <input type="checkbox"/> Psychostimulant <input type="checkbox"/> Anti-EPSE <input type="checkbox"/> Iba pa (tukuyin):	<input type="checkbox"/> Bibig <input type="checkbox"/> Iniksyon <input type="checkbox"/> Iba pa (tukuyin):		
	<input type="checkbox"/> Antidepressant <input type="checkbox"/> Anti-Anxiety <input type="checkbox"/> Antipsychotic <input type="checkbox"/> Mood Stabilizer <input type="checkbox"/> Psychostimulant <input type="checkbox"/> Anti-EPSE <input type="checkbox"/> Iba pa (tukuyin):	<input type="checkbox"/> Bibig <input type="checkbox"/> Iniksyon <input type="checkbox"/> Iba pa (tukuyin):		
	<input type="checkbox"/> Antidepressant <input type="checkbox"/> Anti-Anxiety <input type="checkbox"/> Antipsychotic <input type="checkbox"/> Mood Stabilizer <input type="checkbox"/> Psychostimulant <input type="checkbox"/> Anti-EPSE <input type="checkbox"/> Iba pa (tukuyin):	<input type="checkbox"/> Bibig <input type="checkbox"/> Iniksyon <input type="checkbox"/> Iba pa (tukuyin):		

2. Ang aking pangangailangan para sa medikasyon na ito ay tatasahin sa bawat pagbisita. Pangkaraniwan na ang patuloy na paggamit ng mga medikasyon kahit makalipas na nawala na ang mga sintomas para maiwasan na bumalik ang mga sintomas. Tinatantiyang kailangan akong risetahan ng mga medikasyon na ito ng kahit man lang:

- 6 na buwan o mas matagal pa 12 na buwan o mas matagal pa Iba pa: _____

3. Ang karagdagan at alternatibong mga opsyon sa paggamot na matuturing na makatuwiran para sa aking kondisyon ay kinabibilangan ng:

- Psychotherapy Pang-grupo o pang-pamilyang therapy Iba pang mga medikasyon Iba pa: _____

4. Ang mga Side effects, kabilang na ang mga may probabilidad o posibleng pangmatagalang (higit sa 3 buwan) na mga side effect, ay nakalista sa likod ng form na ito o hiwalay na ipinagkaloob.

5. Ako ay inalok at tinalakay sa akin ang impormasyon tungkol sa medikasyon ayon sa aking kasiyahan at nauunawaan ang kahalagahan ng:

- Pakikipag-usap sa nagreseta sa akin kung nais kong ihinto ang mga medikasyon upang matalakay ang mga posibleng epekto mula sa paghihinto ng mga medikasyon,
- Mga pagsusuri sa laboratoryo o iba pang mga pagtatasa na isinasagawa ng kahit man lang isang taon upang mabantayan ang aking progreso at panganiib na makaranas ng mga side effect,
- Ang pakikipag-usap sa nagreseta sa akin kung plano ko o nagbuntis o nagpapasuso dahil maraming mga medikasyon ang maaaring maging sanhi ng mga depekto sa ipinanganak na sanggol.

6. Ako ay inalok ng isang kopya ng form ng pahintulot ng medikasyon na ito at nauunawaan na may karapatan akong humingi ng karagdagang impormasyon tungkol sa medikasyon, tumanggi na gamitin ang (mga) medikasyon at maaari kong bawiin ang pahintulot na ito kahit kailan.

Lagda ng Kliyente o Pumapalit na Tagapagpasya:	Kaugnayan sa Kliyente:	Petsa:
Lagda ng Nagreseta:	<input type="checkbox"/> Psychiatrist (MD/DO) <input type="checkbox"/> Psychiatric Nurse Practitioner (PNP)	Petsa:
Saksi na Staff (kung ang pasyente ay sumang-ayon ngunit piniling hindi lumagda):		Petsa:

Hindi ito isang kumpletong listahan ng mga posibleng side effect at mga panganib na kaugnay ng bawat medikasyon. Magpakonsulta sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan para makakuha ng karagdagang impormasyon. Makipag-usap sa nagrereseta tungkol sa mga paraan kung paano maiwasan o mapapamahalaan ang lahat ng mga side effect.

Mga karaniwang Side Effect para sa Lahat	Paano Maiiwasan o Mapapamahalaan ang Probabilidad ng Pagkakaroon ng Mga Side Effect
Sumasakit o nangangasim na tiyan	Inumin ang medikasyon nang may laman ang tiyan maliban kung iba ang inutos ng nagreseta sa inyo
Di makadumi ng maayos o pagtatae	Uminom ng maraming tubig, mag-ehersisyo, at kumain ng mga pagkain na maraming fiber (hal. mga prutas at gulay, mga whole grain, oatmeal at iba pa)
Tuyong bibig	Uminom ng maraming tubig, kumain ng masustansiyang meryende o paminsan-minsan ay kumain ng sugar-free na candy
Pagkahilo/pagkahapo	Tanungin sa nagrereseta sa inyo kung okay lang na kunin ang inyong (mga) medikasyon sa oras ng pagtulog
Sakit ng ulo	Karaniwang nawawala sa loob ng ilang araw Uminom ng tubig at kausapin ang nagreseta sa inyo kung hindi mawala ang sakit ng ulo

Medikasyon o Klase	Mga Posibleng Side Effect	Posibleng Pangmatagalan na Side Effect (Higit sa 3 buwan)
<input type="checkbox"/> Antipsychotics	Mga pagpupulikat, hindi mapakali, pagbigat ng timbang, pagtaas ng asukal sa dugo o cholesterol Mga babae: Pinapataas ang hormone na maaaring humantong sa hindi dumating na menstrual cycle o paglilikha ng gatas sa mga nagpapasuso Mga lalaki: Tumataas ang hormone na maaaring humantong sa mas dumaming fat tissue sa palibot ng suso o mas kaunting pagnanais na makipagtalik	Mga paulit-ulit na pagkilos ng mga kalamnan ng mukha, bibig, braso, mga binti o katawan at maaaring lumabas muli kapag huminto sa antipsychotic
<input type="checkbox"/> Mga antidepressant	Pansamantalang ninenerbiyos o nanginginig na pakiramdam kapag nagsimula o kapag dumami ang dosis Kung biglaang hininto: mga sintomas na hawig ng trangkaso, mga parang nakukuryenteng utak (brain zap)	Mga lalaki: nahuhuling ejaculation Mga babae: kahirapan na magkaroon ng orgasm
<input type="checkbox"/> Mga mood stabilizer (pampakalma ng kalooban) o Mga Valproate derivative o Carbamazepine o Oxcarbazepine o Lamotrigine	Mga pagpapantal o pamumula sa balat, pagkahilo, hindi mapakali, mga malalabo o nagdodobleng pananaw, pagbigat ng timbang	Di normal na mga blood count o sodium, hindi dumating na menstrual cycle, pagnipis ng buhok o dumaming buhok sa katawan
<input type="checkbox"/> Mga mood stabilizer (pampakalma ng kalooban) o Lithium	Mas madalas nauuhaw at umihi, tighawat, panginig	Pinapahina ang paggana ng thyroid o bato
<input type="checkbox"/> Psychostimulant	Mabilis na tibok ng puso, pagkabalisa, walang ganang kumain, pagpayat ng timbang, pagiging irritable, kahirapan na makatulog	Mas mabagal na pagtaas o paglaki, mas mahinang sex drive
<input type="checkbox"/> Tulog, Panlaban sa Pagkabalisa, o Anti-EPSE na Agents		
<input type="checkbox"/> Benzodiazepine <input type="checkbox"/> Nonbenzodiazepine (Z-drug)	Kahinaan o pagkahapo, hindi makapirmi, pagkahilo, mga epekto ng hang over, mga peligro na mahulog, di karaniwang mga panag-inip, pagkain o pagmamaneho habang tulog	Mga kahirapan makaalala, pagkakagawi
<input type="checkbox"/> Buspirone	Pagkahilo, ninenerbiyos o hindi makapirming pakiramdam, kahirapan na makatulog, pagkalito, malabong paningin	Maayos na natitiis
<input type="checkbox"/> Gabapentin <input type="checkbox"/> Pregabalin	Pagkahapo, pagkahilo, malabong paningin	Pagbabago sa timbang, pamamaga ng binti
<input type="checkbox"/> Hydroxyzine <input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> Benzotropine	Pagkahilo, pagkahapo, antukin, kahirapan na matuon ang pag-iisip, malabo o dobleng paningin, kahirapang umihi	Kahirapan makaalala o mga malabong pag-iisip
<input type="checkbox"/> Propranolol	Pagkahapo, pagkahilo, mababang presyon ng dugo at tulin ng tibok ng puso	Mababang presyon ng dugo at tulin ng tibok ng puso

<input type="checkbox"/> Iba pang Medikasyon Nag-alok ng Karagdagang Impormasyon tungkol sa Medikasyon? <input type="checkbox"/> Oo, ibinigay sa kliyente <input type="checkbox"/> Oo, tinanggihan ng kliyente		
Mga Pangalan ng Medikasyon:	Mga Posibleng Side Effect	Posibleng Pangmatagalan na Side Effect (Higit sa 3 buwan)

Unang Letra ng Pangalan ng Kliyente o Pumapalit na Tagapagpasya:	Unang Letra ng Pangalan ng Nagrereseta:
------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------