

본 양식은 고객의 정신 건강에 도움을 주기 위해 권장하는 약물(들)에 관한 정보를 제공하며 고객의 의지에 맞서 약물 사용을 강요하기 위한 약정서가 아닙니다. 본 양식은 고객 치료의 모든 용도나 가능한 부작용들을 다루고 있지 않을 수도 있습니다.

고객 성명: _____ 생년월일: _____ PSP: _____

1. 약물은 불편한 증상들을 치료하기 위해 권장됩니다. 본인이 겪고 있는 다음 증상(들)이 나에게 권장되는 약(들)의 이유(들)입니다:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 기력 저하 및 의욕 부족 | <input type="checkbox"/> 공격성 및 적대감 | <input type="checkbox"/> 사고를 조직화하는데 어려움 |
| <input type="checkbox"/> 우울한 기분 | <input type="checkbox"/> 기분의 두드러진 변화 (감정 기복) | <input type="checkbox"/> 타인과 의사소통하는데 어려움 |
| <input type="checkbox"/> 식욕 저하 또는 과식 | <input type="checkbox"/> 급속하게 일어나는 생각들 | <input type="checkbox"/> 과잉 행동 |
| <input type="checkbox"/> 집중 장애 또는 쉽게 혼란스러워짐 | <input type="checkbox"/> 충동적 행동들 | <input type="checkbox"/> 공황 발작 |
| <input type="checkbox"/> 수면 장애 또는 과도한 수면 | <input type="checkbox"/> 원치 않는 생각들 | <input type="checkbox"/> 약용 또는 플래시백 (회상) |
| <input type="checkbox"/> 불안 또는 끊임없는 걱정 | <input type="checkbox"/> 고정된 신념 (생각들) | <input type="checkbox"/> 근육 경직 또는 경련 |
| <input type="checkbox"/> 스트레스 대처에 어려움 | <input type="checkbox"/> 무서운 느낌 또는 비현실적 두려움 | <input type="checkbox"/> 초조 |
| <input type="checkbox"/> 과민 또는 불안 | <input type="checkbox"/> 타인이 보거나 들을 수 없는 환영 또는 환청 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

약물 이름	약물 종류 (약물의 분류)	약물 투여 방법 (경로):	일일 복용량 (범위):	빈도 (범위):
	<input type="checkbox"/> 항우울제 <input type="checkbox"/> 항불안제 <input type="checkbox"/> 항정신병제 <input type="checkbox"/> 기분 안정제 <input type="checkbox"/> 정신자극제 <input type="checkbox"/> 항추체외로부작용제(Anti-EPSE) <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명시하세요):	<input type="checkbox"/> 경구용 <input type="checkbox"/> 주사 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명시하세요):		
	<input type="checkbox"/> 항우울제 <input type="checkbox"/> 항불안제 <input type="checkbox"/> 항정신병제 <input type="checkbox"/> 기분 안정제 <input type="checkbox"/> 정신자극제 <input type="checkbox"/> 항추체외로부작용제(Anti-EPSE) <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명시하세요):	<input type="checkbox"/> 경구용 <input type="checkbox"/> 주사 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명시하세요):		
	<input type="checkbox"/> 항우울제 <input type="checkbox"/> 항불안제 <input type="checkbox"/> 항정신병제 <input type="checkbox"/> 기분 안정제 <input type="checkbox"/> 정신자극제 <input type="checkbox"/> 항추체외로부작용제(Anti-EPSE) <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명시하세요):	<input type="checkbox"/> 경구용 <input type="checkbox"/> 주사 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명시하세요):		
	<input type="checkbox"/> 항우울제 <input type="checkbox"/> 항불안제 <input type="checkbox"/> 항정신병제 <input type="checkbox"/> 기분 안정제 <input type="checkbox"/> 정신자극제 <input type="checkbox"/> 항추체외로부작용제(Anti-EPSE) <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명시하세요):	<input type="checkbox"/> 경구용 <input type="checkbox"/> 주사 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명시하세요):		
	<input type="checkbox"/> 항우울제 <input type="checkbox"/> 항불안제 <input type="checkbox"/> 항정신병제 <input type="checkbox"/> 기분 안정제 <input type="checkbox"/> 정신자극제 <input type="checkbox"/> 항추체외로부작용제(Anti-EPSE) <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명시하세요):	<input type="checkbox"/> 경구용 <input type="checkbox"/> 주사 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명시하세요):		

2. 본 약물에 대한 나의 필요성은 매번 방문 시 평가될 것입니다. 증상들이 사라진 후에 증상들이 재발되는 것을 막기 위해 약물 복용을 계속하는 것은 일반적입니다. 최소한 다음 기간 동안 본인은 이 약물들을 처방받을 것으로 추정됩니다:

- 6 개월 또는 그 이상 12 개월 또는 그 이상 기타: _____

3. 나의 상태를 위해 다음의 추가 및 대체 치료안들이 합리적으로 취해졌습니다:

- 심리 치료 집단 또는 가족 심리 치료 기타 약물 기타: _____

4. 예상되는 부작용 및 가능한 장기간 (3 개월 이상) 부작용을 포함한 부작용들은 이 양식의 뒷장에 열거되어 있거나 별도로 제공되었습니다.

5. 본인은 본인이 납득할 때까지 약물 정보를 제공받고 상의하였으며 다음의 중요성에 대해 이해하고 있습니다:

- 만약 본인이 약물을 중단함으로써 발생 가능한 영향에 대해 의논하기 위하여 약물을 중단하기를 원한다면 본인의 처방 의사에게 말해야 함.
- 본인의 병세의 진전과 부작용의 위험을 관찰하기 위하여 적어도 일년에 한번은 실험실 검사 또는 기타 평가를 수행,
- 많은 약물이 선천적 결손을 초래할 수 있으므로 만약 본인이 임신 또는 모유수유를 하거나 계획이 있다면 본인의 처방 의사에게 말해야 함.

6. 본인은 본 약물 동의서의 사본 한 부를 제공받았으며 본인은 추가의 약물 정보에 대해 물어보거나, 약물 복용의 거부 및 어느 때든 본 동의서를 철회할 권리를 소유하고 있습니다

고객 또는 대리 의사 결정자의 서명:	고객과의 관계:	날짜:
처방 의사의 서명:	<input type="checkbox"/> 정신과 의사 (MD/DO) <input type="checkbox"/> 정신의학과 전문 임상 간호사(PNP)	날짜:
직원 증인 (환자가 동의하였으나 서명하지 않기로 선택하였을 때):		날짜:

약물 동의서 (9 CCR Section 784.29 & 851)

이것은 각 약물과 관련된 가능한 부작용과 위험들의 완전한 목록이 아닙니다. 추가 정보를 얻기 위해 전문 의료진과 상담하십시오. 모든 부작용을 예방 또는 대처하기 위한 방법에 대하여 귀하의 처방 의사와 얘기하시기 바랍니다.

일반적인 부작용들	예상되는 부작용들의 예방 또는 대처 방법
배탈	귀하의 처방 의사에 의해 다른 방법으로 지시를 받지 않는 한 음식과 함께 약을 복용하십시오
변비 또는 설사	물을 충분히 마시고, 운동을 하고, 섬유질이 많은 음식을 드십시오 (예: 과일 및 채소, 통곡물, 오트밀 등)
구강 건조증	물을 충분히 마시고, 건강한 간식을 드시거나 때때로 무설탕 사탕을 드십시오
졸음/피로	귀하의 처방 의사에게 잠자리에 드는 시간에 약을 복용해도 되는지 문의하십시오
두통	보통 몇일 내로 사라집니다. 물을 마시고 만약 두통이 사라지지 않으면 귀하의 처방 의사에게 얘기하십시오

약물 또는 분류	예상되는 부작용들	가능한 장기간 (3개월 이상) 부작용들
<input type="checkbox"/> 항정신병제	근육 경련, 조조, 체중 증가, 혈당 수치 및 콜레스테롤 증가 여성: 호르몬을 증가시켜 월경 주기를 놓치거나 유즙 생산을 하지 않는 결과를 초래할 수 있음 남성: 호르몬을 증가시켜 가슴 주변 지방 조직을 증가시키거나 성욕을 감소시키는 결과를 초래할 수 있음	얼굴, 입, 팔, 다리 또는 몸통의 반복되는 움직임 및 이는 항정신병제를 중단한 이후에도 나타날 수 있습니다.
<input type="checkbox"/> 항우울제	처음 복용시 또는 복용량 증가에 따라 일시적으로 조마조마한 느낌 갑자기 중단했을 시: 독감과 비슷한 증상들, 뇌에 전기가 통하는 것 같은 충격과 유사한 느낌	남성: 지루증 여성: 오르가즘에 도달하는데 어려움
<input type="checkbox"/> 기분 안정제 ○ 벨프로에이트 유도체 ○ 카르바마제핀 ○ 옥스카바제핀 ○ 라모트리진	발진, 현기증, 자세불안정, 흐릿하거나 사물이 두개로 보이는 시야, 체중 증가	비정상적 혈구 또는 나트륨 수치, 월경 주기를 건너뛰, 탈모, 체모 증가
<input type="checkbox"/> 기분 안정제 ○ 리튬	갈증 및 소변 증가, 여드름, 떨림증	갑상선 또는 신장 기능 저하
<input type="checkbox"/> 정신자극제	빠른 심장박동, 불안, 식욕저하, 체중감소, 과민성, 잠드는데 어려움을 겪음	성장 지연, 낮은 성욕
<input type="checkbox"/> 수면제, 항불안제 또는 항추체외로부작용제 (Anti-EPSE)		
<input type="checkbox"/> 벤조디아제핀 <input type="checkbox"/> 비벤조디아제핀 (Z-drug)	무기력 또는 피로, 자세불안정, 현기증, 숙취 느낌, 낙상의 위험, 특이한 꿈, 잠이 든 상태에서 먹거나 운전을 함	기억하는데 어려움을 겪음, 습관성이 될 수 있는 약
<input type="checkbox"/> 부스피론	현기증, 조마조마하거나 초조한 느낌, 수면장애, 혼란, 흐릿한 시야	큰 부작용 없이 잘 받아들여짐
<input type="checkbox"/> 가바펜틴 <input type="checkbox"/> 프레가발린	피로, 현기증, 흐릿한 시야	체중 변화, 다리 부종
<input type="checkbox"/> 히드록시진 <input type="checkbox"/> 디펜히드라민 <input type="checkbox"/> 벤즈트로핀	현기증, 피로, 졸음, 집중 장애, 흐릿하거나 사물이 두개로 보이는 시야, 배뇨 장애	기억하는데 어려움을 겪거나 흐릿한 기억
<input type="checkbox"/> 프로프라놀롤	피로, 졸음, 혈압 및 심박동수를 낮춤	혈압 및 심박동수를 낮춤

<input type="checkbox"/> 기타 약물 추가의 약물 정보지가 제공되었습니까? <input type="checkbox"/> 네, 고객에게 제공되었습니다 <input type="checkbox"/> 네, 고객이 거절하였습니다		
약물 이름:	예상되는 부작용	가능한 장기간 부작용 (3개월 이상)

고객 또는 대리 의사 결정자의 이니셜:	처방 의사의 이니셜:
-----------------------	-------------