



接受藥物治療同意書

患者姓名 _____ 醫療記錄編號 _____

我承認我已與我（或我的孩子）的開處方者討論了本同意書中所指定的我（或他／她）的精神病藥物的處方、服用這些藥物的原因，以及合理的替代治療。

服用下列精神病藥物的原因（診斷、症狀和／或行爲）是：

*在短期或長期（3個月以上）藥物治療後可能會發生以下所述的各种副作用。在此已盡最大努力強調出顯著的或可能的副作用，但不是所有可能的副作用都被列出，有些副作用甚至难以預測得到。一旦出現任何副作用，請一定要盡快通知您的開處方者，這點很重要。

所有藥物的常見潛在副作用：過敏反應、噁心、嘔吐、頭痛、頭暈、疲勞、口乾、便秘、腹瀉，體重變化、睡眠和警覺性改變、運動障礙、性功能障礙、先天缺陷，以及當藥物使用3個月以上時：骨質疏鬆症、遲發性運動障礙、肝／腎功能障礙、血液病；和與特定類別藥物共同服用會产生的下述某种副作用：

抗精神病藥（藥名，每日最小／最大劑量，時間範圍內的用藥次數，用藥方式，持續用藥的時間） _____

其他可能的副作用：血糖／脂質升高、視力模糊、焦躁不安、震顫、肌肉僵硬、抗精神藥物惡性症候群（發熱、僵硬、譫妄、呼吸循環衰竭）、癲癇、心律不齊、老年癡呆症患者的中風和死亡風險增加；治療3個月以上：糖尿病、代謝症候群、血細胞減少、遲發性運動障礙（頭部、頸部、四肢的不自主運動，這可能是不可逆轉的，並且可能在藥物停用後出現）。其他副作用（如果治療3個月以上，請說明）： _____

抗抑鬱藥（藥名，每日最小／最大劑量，時間範圍內的用藥次數，用藥方式，持續用藥的時間） _____

其他可能的副作用：視力模糊、尿瀦留、癲癇、血壓失調、心律不齊、情緒變化、易怒、暴力、自殺想法和行爲（特別是青年）；治療3個月以上：性功能障礙、代謝症候群、遲發性運動障礙。其他副作用（如果治療3個月以上，請說明）： _____

抗焦慮／催眠藥（藥名，每日最小／最大劑量，時間範圍內的用藥次數，用藥方式，持續用藥的時間） _____

其他可能的副作用：精神不易集中、心緒混亂、動作笨拙、失去抑制、與酒精和其他藥物（包括阿片類鎮痛藥）發生不良協同效應；治療3個月以上：耐受／依賴、成癮。其他副作用（如果治療3個月以上，請說明）： _____

情緒穩定劑（藥名，每日最小／最大劑量，時間範圍內的用藥次數，用藥方式，持續用藥的時間） _____

其他可能的副作用：嚴重的皮疹／粘膜水泡、可能危及生命、心緒混亂、肝／胰腺功能障礙、血細胞減少、先天缺陷；治療3個月以上：低鈉血症、卵巢問題（丙戊酸）。其他副作用（如果治療3個月以上，請說明）： _____

鋰（每日最小／最大劑量，時間範圍內的用藥次數，用藥方式，持續用藥的時間） _____

其他可能的副作用：口渴、增加排尿、震顫、先天缺陷；治療3個月以上：痤瘡、甲狀腺疾病、腎衰竭。其他副作用（如果治療3個月以上，請說明）： _____

注意力不足過動症藥物（藥名，每日最小／最大劑量，時間範圍內的用藥次數，用藥方式，持續用藥的時間） _____

其他可能的副作用：食慾下降／生長緩慢、焦躁不安、血壓／心律失調。阿托莫西汀：罕見肝損傷伴有可能的黃疸、腹

痛、小便黃赤、流感樣症狀。**興奮劑**：精神錯亂、自殺意念、攻擊、原因不明的猝死，主要伴有（尚未發現的）潛在的心臟結構異常；**治療3個月以上**：耐受／依賴、成癮。其他副作用（如果治療3個月以上，請說明）：_____

抗帕金森氏症藥物（藥名，每日最小／最大劑量，時間範圍內的用藥次數，用藥方式，持續用藥的時間）_____

其他可能的副作用：視力模糊、精神遲鈍、排尿困難；**治療3個月以上**：性功能障礙、青光眼、腸擴張。其他副作用（如果治療3個月以上，請說明）：_____

其他精神病藥物（藥名，每日最小／最大劑量，時間範圍內的用藥次數，用藥方式，持續用藥的時間）_____

可能的副作用（如果治療3個月以上，請說明）：_____

我已知悉以下所列的適當的**替代治療**，以及若不服用上述藥物（**替代治療**）會有效或無效的可能性（必填）：

我們討論的其他主題：

1. 與其他藥物和藥品混用可能發生的潛在性藥物相互作用。我同意讓我／我孩子的開處方者知曉由其他開處方者開出的任何藥物或藥物改換，以及非處方藥，或天然／草藥補充劑的使用或使用的變化。
2. 對未出生的嬰兒或哺乳期新生兒的潛在藥物風險，我已告知我／我的孩子的開處方者我／我的孩子目前是懷孕期還是母乳餵養期。如果我／我的孩子有將要懷孕或將要母乳餵養的可能性或意圖，我同意通知我的開處方者。
3. 應避免使用酒精和／或娛樂性／街頭／非法藥物，因為它們會改變一個人的理智。它們還可能產生危險的相互作用，並且會對所開藥物的預期作用產生不利影響。
4. 我／我的孩子知道藥物會削弱駕駛或操作設備的能力。我／我的孩子應避免駕駛或使用重型機械，直到我知道／我的孩子知道所開藥物可能會影響我／我的孩子。我負責維護我／我的孩子及他人的安全。
5. 我同意／我的孩子同意遵醫囑服用／使用藥物，特別是在開始使用藥物或更換劑量時，密切觀察並在出現任何異常或不良反應時聯絡我／我的孩子的開處方者。如果副作用嚴重，將聯絡急診／911。
6. 停用藥物，尤其是突然停用，可能導致嚴重的不良反應。我同意在這樣做之前與我／我的孩子的開處方者討論停止藥物治療，如果打算停用藥物，我同意遵循關於安全遞減藥物的醫療建議。
7. 所有藥物均基於臨床文獻、指南和專家意見支持的最佳證據選擇，但是有時特定藥物可能沒有美國食品藥品監督管理局的批准可用於所討論的用途和劑量範圍。

收閱確認與同意

我承認上述主題令我感到滿意，並且我同意並接受使用此表格中指出的藥物治療的風險。我也明白我有權拒絕這個／這些藥物，並且它／它們不能在未經我同意情況下給我／我的孩子服用。我可以隨時尋求更多的資訊，我可以隨時透過向我／我的孩子的開處方者說明我的意圖，撤回接受上述藥物治療同意。透過簽名，我證明我具有合法權力簽署此同意書，並且所列關係是有效及合法的。

病患（或家長或監護人／保護者）簽名

如果不是病患／法律上的關係，請用工整字體書寫姓名

日期

開處方者簽名

開處方者工整書寫姓名／證明資質

日期