



GIẤY ỦNG THUẬN DÙNG THUỐC TÂM TRÍ
CONSENT TO RECEIVE PSYCHIATRIC MEDICATIONS- Vietnamese

_____ Tên của Bệnh Nhân). Bác sĩ _____ đề nghị quý vị được điều trị với các loại thuốc điều trị tâm trí sau đây:

- Thuốc chống loạn tâm trí: mg bằng _____ (cách dùng) _____ lần/ngày, đến _____ mg/ngày Non-FDA
- Thuốc chống loạn tâm trí: mg bằng _____ (cách dùng) _____ lần/ngày, đến _____ mg/ngày Non-FDA
- Thuốc chống trầm cảm mg bằng _____ (cách dùng) _____ lần/ngày, đến _____ mg/ngày Non-FDA
- Thuốc chống trầm cảm mg bằng _____ (cách dùng) _____ lần/ngày, đến _____ mg/ngày Non-FDA
- Thuốc chống lo âu..... mg bằng _____ (cách dùng) _____ lần/ngày, đến _____ mg/ngày Non-FDA
- Thuốc ngủ mg bằng _____ (cách dùng) _____ lần/ngày, đến _____ mg/ngày Non-FDA
- Thuốc ổn định tâm trạng..... mg bằng _____ (cách dùng) _____ lần/ngày, đến _____ mg/ngày Non-FDA
- Chất kích thích mg bằng _____ (cách dùng) _____ lần/ngày, đến _____ mg/ngày Non-FDA
- Thuốc khác mg bằng _____ (cách dùng) _____ lần/ngày, đến _____ mg/ngày Non-FDA
- Thuốc khác mg bằng _____ (cách dùng) _____ lần/ngày, đến _____ mg/ngày Non-FDA

Quý vị chỉ dùng thuốc điều trị về tâm trí sau khi đã được cho biết quý vị có quyền chấp nhận hoặc từ chối dùng (các) loại thuốc này. Ngoài ra, bác sĩ phải cho quý vị biết thông tin sau đây về mỗi loại thuốc:

- Tính chất của tình trạng tâm trí của quý vị; lý do sử dụng thuốc, bao gồm khả năng bệnh trạng của quý vị có thể thuyên giảm dù không dùng thuốc; và phương cách điều trị hợp lý nào khác, nếu có;
- Tên và loại thuốc; mấy lần một ngày, liều lượng (kể cả liều lượng “tùy theo nhu cầu”); cách sử dụng (uống hoặc chích); thời gian điều trị;
- Các tác dụng phụ thông thường, và tác dụng phụ nào có thể xảy ra trong trường hợp riêng biệt của quý vị;
- Các tác dụng phụ nào khác có thể xảy ra nếu quý vị sử dụng thuốc trên 3 tháng; thí dụ, thuốc chống loạn tâm trí có thể gây ra những cử động ngoài ý muốn ở mặt hoặc miệng, hoặc bàn tay và bàn chân. Các triệu chứng của những cử động không tự chủ sẽ không khỏi được và có thể xuất hiện sau khi đã ngưng thuốc.
- Quý vị có thể rút lại sự ưng thuận bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho một thành viên trong nhóm điều trị.

Chữ ký tên dưới đây chứng tỏ rằng (1) quý vị đồng ý điều trên đây; (2) các loại thuốc được liệt kê đã được bác sĩ thảo luận một cách thỏa đáng với tôi; và (3) quý vị ưng thuận sử dụng (các) loại thuốc này.

Ký Tên _____ (Bệnh nhân/Đại diện hợp pháp) Ngày _____ Giờ _____ sáng/chiều

Nếu người ký tên không phải là bệnh nhân thì ghi mối quan hệ: _____ Viết tên: _____

Bệnh nhân hiểu tính chất và hiệu quả của (các) loại thuốc và đồng ý sử dụng thuốc, nhưng không muốn ký tên vào giấy ưng thuận. Chữ ký của nhân chứng: _____ Ngày _____ Giờ _____ sáng/chiều

Consent obtained via interpreter. Interpreter Name and ID# _____

I provided the patient/patient’s representative with an explanation of the treatment(s), possible complications, risks and benefits, as well as alternate courses of treatment or non-treatment and the risks and benefits involved in each. The patient was encouraged to ask questions and all questions were answered.

Provider’s Signature: _____ Date _____