

聖塔克萊拉縣精神健康

患者機密信息  
參閱福利和機構法案 5328

**患者姓名**  
(姓、名、中間名) \_\_\_\_\_

客戶 Unicare # \_\_\_\_\_

提供者 \_\_\_\_\_ 子碼 \_\_\_\_\_

門診病人藥物治療同意書  
**Abilify (阿立哌唑)**

非 FDA 指示的用途

我的醫生和我商討了以下問題：

本人精神或情緒疾病的性質及建議藥物治療的原因。  
服用或不服用此類藥物的情況下本人病症好轉的可能性和可能的替代治療方案。  
藥物的劑量範圍和服用頻率（包括需要時可能的額外劑量），本人服用此藥物的方法和大概持續時間。

我們討論了該藥物可能導致的副作用：

較為常見：	困倦 感冒症狀/後期 呼吸道感染	噁心和嘔吐 便秘	肌肉僵硬 不安或發抖
較不常見：	肌肉衰弱 皮疹	頭暈 不安導致興奮	吞嚥困難
罕見：	體重增加/體重減少 反常的肌肉運動 糖尿病/血糖升高	性功能問題 月經紊亂 血脂升高	癲癇 昏厥

我們討論過且我知曉服用此藥物有可能導致延发性運動障礙（臉部或嘴部反常、不自覺的運動，較不常見的情況也包括軀幹或手足等部位的以上症狀，這種症狀即使停葯也可能無可挽回）。

我了解因為可能會產生困倦、喪失肌肉協調性等症狀，我在駕駛、操作機器或其它需要技巧的工作方面，能力可能受到影響。酒精則使這種影響更為嚴重。  
如果我懷孕、計劃懷孕或處於哺乳期間，我將通知我的醫生。我了解在以上情況下服用這種藥物可能不安全。

我已閱讀本表格並了解其內容。  
我知道我有權拒絕所建議的藥物治療，可隨時通知我的醫生。我同意按以下說明服用處方上的藥物。

- 不超過聖塔克萊拉縣精神健康服務機構藥物監控指南中認可的最大劑量；
- 不超過如下指示的日最大劑量：

藥物 (通用名)	指定的 每日最大劑量	患者簽名	醫生簽名	日期
阿立哌唑	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____