

聖塔克拉拉郡心理衛生部門

患者機密資訊

見社福及機構法第 5328 條

患者姓名

(姓氏、名字、中間名) _____

Unicare 客戶編號 _____

提供者 _____ 附加代碼 _____

門診藥物治療同意書

Alpha Agonists: Intuniv (guanfacine extended release)/ Tenex (Guanfacine)/Clonidine (胍法辛長效製劑)

醫師與我會面，我們討論了以下事宜：

用於非 FDA 指示用途

我的心理或情緒問題的性質，以及建議採用此藥品的原因。

在有用藥及未用藥的情況下，我的病情能獲得多少改善，還有哪些可用的合理替代療法。

此藥物的劑量範圍與用藥頻率程度（包括視需要而可能加重的劑量），服用此藥物的方法與可能的持續用藥時間。

我們討論了此藥物可能會造成的副作用：

相當常見：
便秘
口乾
睏倦
鎮靜作用
低血壓
頭痛
嗜睡

較不常見：
躁動 緊張
停止服用時血壓/心跳率增加
失眠

罕見：
皮膚紅疹

本人瞭解，由於可能發生睏倦症狀，因此本人駕駛或操作機器、或者其他技術工作的能力有可能會受損。酒精有可能會加重影響。

本人瞭解，未向醫師諮詢，不得立即停用此藥。由於停用此藥可能會造成血壓增加、焦慮/緊張的症狀，因此本人同意僅在醫師指示下減少此藥劑量或停止服用。

本人已閱讀此同意書，並已瞭解內容。

本人瞭解本人有權隨時告知醫師，拒絕服用醫師的建議用藥。本人同意服用醫師所開立的藥物，如下所述。

服用劑量最多為聖塔克拉拉郡心理衛生服務部門用藥監測準則核准的劑量上限

服用劑量最多為下方指定的每日劑量上限：

藥物	平均每日劑量	患者簽名	醫師簽名	日期
----	--------	------	------	----

若患者同意卻不願簽名，請寫明。_____