

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

Sedative-Hypnotics (Non-benzodiazepines)

鎮靜安眠劑 (非苯二氮平類)

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用藥期間。

我們討論了此藥物可能會造成的副作用：

相當常見：	睏倦 頭痛 嗜眠	暈眩 噁心
較不常見：	殘留日間鎮靜症狀 反彈性失眠	認知能力受損 缺乏動作協調能力
罕見：	肝臟問題 嚴重過敏反應	皮膚嚴重腫脹 綜合性的夢遊駕駛行為 (夢遊駕駛， 睡眠狀態下烹調食物)

服用此藥時不得飲酒。

本人瞭解，由於可能發生睏倦或失去肌肉協調的症狀，也有可能造成癲癇發作，因此本人駕駛、操作機器或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。

若本人懷孕、打算懷孕或正值哺乳期間，本人會通知醫師。本人瞭解，在前述情況下，服用此藥會有危險。

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	指定的每日劑量上限	患者簽名	醫師簽名	日期
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

若患者同意卻不願簽名，請寫明。