

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

Strattera (atomoxetine)
(思銳) (托莫西汀)

醫師與我會面，我們討論了以下事宜：

用於非 FDA 指示用途

1. 我的精神症狀的性質，以及建議採用此藥品的原因。
2. 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。
3. 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：	體重改變	胃部不適	噁心與嘔吐
	暈眩	疲累	便秘
	口乾	睡眠問題	性方面的副作用
	排尿問題		
較不常見：	高血壓	心跳率增加	精神問題惡化 (包括有自殺想法)
罕見：	腫脹	蕁麻疹	
其他：	_____		

針對注意力不足過動症 (ADHD)

的兒童或青少年所做的短期研究中顯示，思銳會增加自殺意念的風險。開始治療時，請密切監測是否有自殺傾向 (即自殺想法或行為)、臨床症狀惡化或不尋常的行為改變。建議家屬與照顧者需密切觀察，並與開藥者時常溝通。此藥經核准可治療注意力不足過動症 (ADHD)，可能會有心血管的風險以及不良精神症狀的風險。

如有懷孕、打算懷孕或正值哺乳期間，請告知開藥者。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 (或代表子女同意服用)

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 患者簽名 醫師簽名 日期

(學名) 劑量上限

Strattera (atomoxetine) _____

若患者同意卻不願簽名，請寫明