

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
中樞神經興奮劑

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： | 沒有食欲
腹痛 | 神經過敏
體重減少 | 失眠
心跳加速 |
| 較不常見： | 噁心
皮疹 | 頭暈
頭痛 | 困倦 |
| 罕見： | 視力模糊
癲癇
眼壓增高 (青光眼惡化) | 抽搐
掉頭髮 | 雪球數低
心跳不規律或異常 |

該藥物可能會加劇以下症狀，如果您（或您的孩子）出現焦慮、緊張、不安、抽搐或精神錯亂等症狀，請立即通知您的醫生。

我了解因為可能會產生困倦、喪失肌肉協調性等症狀，我（或我的孩子）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（或我的孩子）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
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

如果患者同意但不想簽字，請說明。
98 年 11 月修訂