

## رضایت اعلام شده برای گرفتن داروهای روان گردان

### حقوق متقاضی

- شما حق دارید که درباره مراقبت خود بدانید و پرسش هایتان را بپرسید.
  - شما حق دارید هر کدام از برنامه ها یا همه برنامه مراقبت خود را بپذیرید یا رد کنید.
  - شما حق دارید که به رضایت خود به صورت شفاهی یا کتبی از طریق هر کدام از اعضای تیم و در هر لحظه پایان دهید.
  - شما حق دریافت خدمات زبان/ترجمه را دارید. آیا خدمات را درخواست می کنید؟  بله  خیر
  - شما حق دارید نسخه ای از این رضایتنامه را دریافت کنید. آیا یک نسخه درخواست می کنید؟  بله  خیر
- درمان اضطراری (وضعیت اضطراری، یک تغییر موقت و ناگهانی است که نیازمند اقدام برای حفظ زندگی یا جلوگیری از آسیب بدنی جدی به متقاضی یا دیگران است):** در برخی وضعیت های اضطراری معین، اگر گرفتن رضایت شما ممکن نباشد، ممکن است دارو به شما داده شود. با این حال، هنگامی که وضعیت اضطراری رفع شد، رضایت اعلام شده شما لازم است.

### کارکنان خدمات درمانی درباره اطلاعات زیر با شما بحث خواهند کرد:

1. ماهیت و جدیت بیماری روانی شما
  2. علت (های) دارو(ها) شامل احتمال بهبود، یا عدم بهبود یا بدون دارو(ها)
  3. درمان های منطقی جایگزین و علت توصیه این درمان ویژه توسط پزشک. در صورت شامل بودن، جایگزین مربوطه را بنویسید:
  4. نوع دارو، دوز، دفعات استفاده، مدت، و شیوه استفاده از دارو(ها)
  5. عوارض جانبی احتمالی شناخته شده که ممکن است تجربه کنید:
  6. عوارض جانبی احتمالی که ممکن است هنگام استفاده از دارو(ها) به مدت بیش از سه ماه، اتفاق بیفتد.
  7. در صورت استفاده از یک داروی ضد روان پریشی معمول یا غیر معمول، اطلاعاتی درباره یک عارضه جانبی احتمالی به نام اختلال حرکتی تأخیری داده خواهد شد. ویژگی آن، حرکات غیر ارادی صورت، دهان و/یا دست ها و پاها است. این نشانه ها احتمالاً غیرقابل بازگشت هستند و ممکن است پس از توقف استفاده از داور ادامه یابند.
- آیا اطلاعات بالا برای متقاضی توضیح داده شده است؟  بله  خیر اگر خیر، علت را بنویسید.

### کارکنان خدمات درمانی دارو(های) روان گردان زیر را برای شما تجویز می کنند:

دارو (نام)	محدوده دوز (چقدر)	دفعات استفاده (چند بار)	مدت (چه طول زمانی)	دهانی (از دهان) یا تزریق (به وسیله کارکنان خدمات درمانی)
				<input type="checkbox"/> دهانی <input type="checkbox"/> تزریق
				<input type="checkbox"/> دهانی <input type="checkbox"/> تزریق
				<input type="checkbox"/> دهانی <input type="checkbox"/> تزریق
				<input type="checkbox"/> دهانی <input type="checkbox"/> تزریق
				<input type="checkbox"/> دهانی <input type="checkbox"/> تزریق

آیا برگه اطلاعاتی دارو برای همه داروهای روان گردان داده شده است؟  نه  بله اگر خیر، علت را بنویسید.

شهرستان سن دیگو

رضایت اعلام شده برای گرفتن داروهای روان گردان  
صفحه 1 از 2

متقاضی: \_\_\_\_\_

شماره پرونده: \_\_\_\_\_

برنامه: \_\_\_\_\_

### رضایت متقاضی

بر اساس اطلاعاتی که خوانده ام، بحث کرده ام و/یا با کارکنان خدمات درمانی ام مرور کرده ام: (یک گزینه را انتخاب کنید)

من می فهمم و رضایت می دهم که دارو(های) روان گردان صفحه یک را استفاده کنم.

من فقط رضایت شفاهی می دهم و از امضای فرم خودداری می کنم.

من رضایت **نمی دهم** که از دارو(های) روان گردان زیر استفاده کنم.

لطفا فهرست کنید:

امضای متقاضی/نماینده قانونی/سرپرست قانونی

تاریخ

### اظهاریه کارکنان خدمات درمانی

من، برنامه دارویی (صفحه 1) را برای متقاضی بالا مرور، بحث و توصیه کرده ام و:

متقاضی رضایت خود را برای استفاده از این داروها اعلام می کند.

متقاضی رضایت شفاهی می دهد ولی نمی خواهد یا نمی تواند امضاء کند.

وضعیت اضطراری. دارو بدون رضایت متقاضی داده شده است.

متقاضی قادر به درک خطرات و فواید نیست و بنابراین نمی تواند رضایت دهد.

توضیحات دیگر:

امضاء و مجوز کارکنان خدمات درمانی

تاریخ

نام و مجوز کارکنان خدمات درمانی

امضای شاهد (در صورت وجود):

تاریخ

شهرستان سن دیگو

رضایت اعلام شده برای گرفتن  
داروهای روان گردان  
صفحه 2 از 2

متقاضی:

شماره پرونده:

برنامه: