



Thành phố và Quận San Francisco
Sở Y Tế Công
Mạng Lưới Y Tế San Francisco
DỊCH VỤ SỨC KHỎE HÀNH VI

Tên:
Số ID Khách hàng:
Mã số Chương trình :

Mẫu Chấp Thuận Sáng Suốt Thuốc Điều Trị Tâm Thần - Người Lớn/Người Già

MỤC ĐÍCH CỦA MẪU NÀY LÀ ĐỂ GHI NHẬN RẰNG QUÝ VỊ VÀ NHÀ CUNG CẤP ĐẶT MUA THUỐC (MÀ BÁC SĨ KÊ ĐƠN) ĐÃ THẢO LUẬN VỀ (CÁC) LOẠI THUỐC ĐÓ NHẪM MANG LẠI SỰ HÀI LÒNG CHO QUÝ VỊ.

Bác sĩ kê đơn của quý vị đã đặt mua (các) loại thuốc sau. Quý vị có quyền được biết các thông tin sau trước khi quyết định có nên dùng (các) loại thuốc đó hay không:

1. Các loại thuốc này được kê đơn để điều trị căn bệnh hay chẩn đoán nào của quý vị
2. (Các) loại thuốc này sẽ giúp giảm những triệu chứng nào và chúng thường sẽ hiệu quả đến mức độ nào
3. Có cơ hội nào để tiến triển tốt hơn mà không dùng đến (các) loại thuốc này
4. Những lựa chọn hoặc phương án hợp lý để dùng (các) loại thuốc này
5. Tên thuốc, loại thuốc, liều lượng, phạm vi liều lượng, tần suất dùng thuốc, đường dùng thuốc và thời gian của từng loại thuốc kê đơn
6. Tác dụng phụ thường gặp của (các) loại thuốc này, kể cả tác dụng phụ bổ sung có thể xảy ra trong hơn ba tháng (dài hạn), và có tiềm năng không thể đảo ngược.
7. Nếu thuốc chống rối loạn thần kinh được kê đơn, hãy lưu ý rằng chúng có thể gây ra các tác dụng phụ bổ sung đối với một số người, kể cả các cử động vô thức thường xuyên có khả năng không thể phục hồi và có thể tiếp tục tái phát sau khi ngưng dùng thuốc chống rối loạn thần kinh
8. Bất kỳ hướng dẫn đặc biệt nào mà quý vị nên biết về việc dùng (các) loại thuốc đó

Thuốc điều trị	Đường dùng thuốc		Phạm vi liều lượng
	<input type="checkbox"/> Uống	<input type="checkbox"/> Tiêm	
	<input type="checkbox"/> Uống	<input type="checkbox"/> Tiêm	
	<input type="checkbox"/> Uống	<input type="checkbox"/> Tiêm	
	<input type="checkbox"/> Uống	<input type="checkbox"/> Tiêm	
	<input type="checkbox"/> Uống	<input type="checkbox"/> Tiêm	

- Bằng cách ký tên vào mẫu này, quý vị cho biết (các) loại thuốc trên đã được giải thích rõ ràng cho quý vị bằng ngôn ngữ ưu tiên, và quý vị hiểu rằng mình có thể đặt câu hỏi về (các) loại thuốc đó bất cứ lúc nào.
- Bằng cách ký tên vào mẫu này, quý vị đồng ý với phương pháp điều trị này.
- Sau khi ký tên, quý vị vẫn có thể từ chối bất cứ liều dùng nào hoặc rút lại sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho bác sĩ kê đơn bằng miệng hoặc bằng văn bản.
- Quý vị sẽ nhận được một bản sao của mẫu chấp thuận này.
- Quý vị đã nhận được thông tin về thuốc bằng ngôn ngữ của quý vị qua:
 - Giải thích bằng lời
 - Tài liệu in ấn
 - Khác

Ngày

Chữ ký khách hàng:	
Tên bác sĩ kê đơn (chữ in hoa):	
Chữ ký bác sĩ kê đơn với loại bằng chuyên nghiệp, giấy phép hoặc chức vụ :	
Nhân chứng (bắt buộc nếu khách hàng không đủ khả năng ký tên hoặc ký bằng cách lấn tay):	

Nếu không lấy được chữ ký, hãy đánh dấu chọn vào ô bên dưới và ghi rõ lý do:

- Khách hàng đồng ý bằng miệng với (các) loại thuốc điều trị khuyên dùng nhưng không đủ khả năng ký tên hoặc từ chối ký tên vì: