# THỎA THUẬN SAU KHI HIỂU RÕ VỀ VIỆC DÙNG THUỐC TÁC ĐỘNG TÂM THẦN

|  |
| --- |
| CÁC QUYỀN CỦA THÂN CHỦQuý vị có quyền được thông báo về cách chăm sóc của mình và nêu thắc mắc. Quý vị có quyền chấp nhận hoặc từ khước một phần hay toàn thể chương trình chăm sóc của mình.Quý vị có quyền chấm dứt thỏa thuận của mình bằng lời nói hoặc bằng cách viết thư cho bất cứ một thành viên nào của nhóm vào bất cứ lúc nào.Quý vị có quyền hưởng các dịch vụ về ngôn ngữ/thông dịch. *Yêu Cầu Dịch Vụ?* [ ] CÓ [ ] KHÔNGQuý vị có quyền được một bản sao của Thỏa Thuận này: *Yêu Cầu Một Bản Sao?* [ ] CÓ [ ] KHÔNG**Chữa Trị Cấp Cứu** *(Cấp cứu là một sự thay đổi tạm thời, đột ngột rõ rệt đòi hỏi phải hành động để bảo tồn sự sống hoặc ngăn chận thiệt hại nghiêm trọng đối với thân thể của thân chủ hoặc những người khác)***:** Trong một số tình trạng cấp cứu, thuốc có thể được dùng cho quý vị khi không thể có sự thỏa thuận của quý vị. Tuy nhiên, sau khi tình trạng cấp cứu đã qua, thì cần phải có sự thỏa thuận của quý vị. |
| **Nhân viên y tế sẽ bàn luận với quý vị về những chi tiết dưới đây:** |
| 1. Bản chất và tính cách nghiêm trọng của chứng bệnh tâm thần của quý vị 2. (Những) lý do sử dụng (những) thuốc này bao gồm cả khả năng có thể thuyên giảm hoặc không thuyên giảm khi dùng hoặc không dùng (những) thuốc này 3. Những cách chữa trị hợp lý khác và tại sao bác sĩ đề nghị cách chữa trị đặc biệt này. Cung cấp tư liệu về cách chữa trị khác, nếu thích hợp:      4. Loại, liều lượng, mức thường xuyên, khoảng thời gian dùng, và phương thức dùng (những) thuốc này5. Những tác dụng phụ được biết thường xảy ra mà quý vị có thể bị:      6. Những tác dụng phụ khác có thể xảy ra khi dùng (những) thuốc này lâu hơn ba tháng 7. Nếu dùng một loại thuốc giảm rối loạn thần kinh đúng kiểu hay không đúng kiểu, quý vị sẽ được thông báo chi tiết về một tác dụng phụ có thể xảy ra được gọi là tardive dyskinesia (rối loạn vận động muộn). Tác dụng phụ này được biểu hiện bằng đặc điểm là những chuyển động của mặt, miệng và/hoặc tay và chân. Những triệu chứng này có thể sẽ không thay đổi được và có thể xuất hiện sau khi ngưng dùng thuốc.Các chi tiết trên có được giải thích cho thân chủ không? [ ] CÓ [ ] KHÔNG Nếu không, ghi rõ lý do để làm tư liệu.      |
| **Nhân viên y tế kê toa (những) thuốc tác động tâm thần sau đây cho quý vị:** |
| **Thuốc (tên)** | **Tầm Mức Liều Lượng (bao nhiêu)** | **Mức thường xuyên (thường xuyên như thế nào)** | **Thời Gian Sử Dụng (bao lâu)** | **Miệng (bằng miệng) hoặc** **Tiêm (bởi nhân viên y tế)** |
|       |       |       |       | **[ ]** Miệng **[ ]** Tiêm |
|       |       |       |       | **[ ]**  Miệng **[ ]**  Tiêm |
|       |       |       |       | **[ ]**  Miệng **[ ]**  Tiêm  |
|       |       |       |       | **[ ]**  Miệng **[ ]**  Tiêm |
|       |       |       |       | **[ ]**  Miệng **[ ]**  Tiêm  |
| Có bản ghi chi tiết về thuốc được cung cấp cho tất cả các loại thuốc tác động tâm thần? **[ ]** CÓ **[ ]** KHÔNG**Nếu không, ghi rõ lý do để làm tư liệu.**      |

|  |
| --- |
| **Thỏa Thuận của Thân Chủ****Dựa vào những chi tiết tôi đã đọc, bàn luận và/hoặc xem xét với nhân viên y tế của tôi:**(đánh dấu một)[ ]  Tôi hiểu và thỏa thuận dùng (những) thuốc tác động tâm thần trên trang một.[ ]  Tôi chỉ thỏa thuận bằng lời nói; không ký tên trên mẫu đơn.[ ]  Tôi **không** thỏa thuận dùng (những) thuốc tác động tâm thần được liệt kê dưới đây.Xin vui lòng liệt kê: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chữ Ký của Thân Chủ/Đại Diện Pháp Lý/Người Giám Hộ NgàyTuyên Ngôn của Nhân Viên Y TếTôi đã xem xét, bàn luận và đề nghị chương trình dùng thuốc (trang 1) cho thân chủ ở trên và: [ ]  Thân chủ thỏa thuận dùng những thuốc này.[ ]  Thân chủ thỏa thuận bằng lời nói, nhưng không muốn hoặc không thể ký tên.[ ]  Tình trạng cấp cứu. Thân chủ được cho dùng thuốc mà không có sự thỏa thuận.[ ]  Thân chủ không thể hiểu được những nguy cơ và lợi ích, và do đó không thể thỏa thuận.[ ]  Những Nhận Xét Khác:       Chữ Ký và Giấy Phép của Nhân Viên Y Tế Ngày     Tên Được Viết Theo Kiểu Chữ In và Giấy Phép của Nhân Viên Y Tế Chữ Ký của Nhân Chứng (nếu thích hợp): Ngày |