



舊金山市暨郡  
公共衛生部  
舊金山衛生網路  
行為衛生服務

姓名：  
個案 ID：  
計畫代碼：

## 精神科藥物知情同意書 - CYF

本同意書用於記錄您以及為您開立藥物醫囑的提供者（即處方醫師），對於您孩子的藥物進行已使您滿意內容的討論。

您的處方醫師已為您孩子的下列藥物開立醫囑。在您決定是否讓孩子服用藥物前，您有權瞭解以下資訊：

1. 開立這些藥物是為了治療您孩子的什麼疾病或診斷？
2. 這些藥物會減輕哪些症狀，以及這些藥物有可能發揮多大效果。
3. 在不服藥的情況下，您孩子的狀況可能獲得改善的機會？
4. 服用藥物的合理選項或替代方案。
5. 每一開立藥物的名稱、種類（或類別）、劑量、劑量範圍、施予頻率、施用途徑以及持續時間。
6. 藥物常見副作用，包括可能在三個月後出現的（長期）額外副作用，而且可能無法逆轉。
7. 若已開立抗精神病藥物，請留意抗精神病藥物可能會引起額外副作用，包括持續性非自主動作（可能無法逆轉），且可能在停用抗精神病藥物後依舊存在。
8. 關於服用藥物所應瞭解的特別指示。

藥物	途徑		劑量範圍
	<input type="checkbox"/> 口服	<input type="checkbox"/> 注射	
	<input type="checkbox"/> 口服	<input type="checkbox"/> 注射	
	<input type="checkbox"/> 口服	<input type="checkbox"/> 注射	
	<input type="checkbox"/> 口服	<input type="checkbox"/> 注射	
	<input type="checkbox"/> 口服	<input type="checkbox"/> 注射	

- 在本同意書上簽名後，代表上述藥物已透過使您滿意的偏好語言向您解釋。同時，您瞭解自己隨時都可提出關於孩子所使用藥物的疑問。
- 在本同意書上簽名代表您同意讓孩子接受治療。
- 簽名後，您還是可以拒絕服藥，或是以口頭或書面通知要求處方醫師撤銷您的同意。
- 您將會獲得一份本同意書。
- 您已透過您偏好的語言從下方式得到的藥物資訊：  
 口頭解釋  印刷資料  其他\_\_\_\_\_
- 自處方醫師簽名起，本同意書有效期限為一年。

日期

家長／監護人簽名：	
處方醫師姓名（正楷）：	
處方醫師簽名（註明專業學位類型、執照或工作職稱）：	
個案簽名（選擇性）：	
見證人（若個案無法簽名或以標誌代替簽名時，需見證人在場）：	

若無法簽名，請勾選下方格子並記錄原因：

- 家長／監護人口頭同意接受推薦藥物，但因以下原因無法或拒絕簽名：

持續嘗試取得簽名： 姓名縮寫\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_ 姓名縮寫\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_