



Город и округ Сан-Франциско  
 Департамент здравоохранения  
 Сеть здравоохранения Сан-Франциско  
**СЛУЖБА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Имя и фамилия:  
 Идентификатор клиента:  
 Код программы:

## Информированное согласие на применение лекарственных средств для оказания психиатрической помощи совершеннолетнему/пожилому лицу

**НАСТОЯЩАЯ ФОРМА ЯВЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТАЛЬНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ТОГО, ЧТО ВЫ ОБСУДИЛИ НАЗНАЧЕННЫЕ ВАМ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ С НАЗНАЧИВШИМ ИХ ЛИЦОМ (ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ) И ПОЛУЧИЛИ ВСЮ НЕОБХОДИМУЮ ИНФОРМАЦИЮ.**

Лечащий врач назначил вам перечисленные ниже лекарственные препараты. Прежде чем решиться принимать эти препараты, вы вправе узнать следующее:

1. В связи с каким состоянием или диагнозом вам назначен препарат.
2. Какие симптомы призван снять препарат и какова вероятность положительного эффекта.
3. Какова вероятность изменения вашего состояния к лучшему без применения препарата.
4. Каковы допустимые варианты лечения или альтернативы применению препарата.
5. Название, тип (класс) лекарственного препарата, дозировка, диапазон дозирования, частота приема, способ и продолжительность применения каждого препарата.
6. Распространенные побочные эффекты применения препарата, в том числе длительные побочные эффекты, которые могут продолжаться по истечении трех месяцев после применения препарата или быть потенциально необратимыми.
7. При назначении антипсихотических средств необходимо учитывать, что в некоторых случаях они могут давать дополнительные побочные эффекты, в том числе стать причиной потенциально необратимых непроизвольных постоянных движений, которые могут сохраняться после применения препарата.
8. Любые особые указания по применению препарата, которые вам следует знать.

Лекарственный препарат	Способ применения		Диапазон дозирования
	<input type="checkbox"/> Перорально	<input type="checkbox"/> Инъекция	
	<input type="checkbox"/> Перорально	<input type="checkbox"/> Инъекция	
	<input type="checkbox"/> Перорально	<input type="checkbox"/> Инъекция	
	<input type="checkbox"/> Перорально	<input type="checkbox"/> Инъекция	
	<input type="checkbox"/> Перорально	<input type="checkbox"/> Инъекция	
	<input type="checkbox"/> Перорально	<input type="checkbox"/> Инъекция	

- Подписывая данную форму, вы подтверждаете, что получили все необходимые разъяснения по применению перечисленных выше лекарственных препаратов на предпочитаемом для себя языке, и понимаете, что можете задать вопросы о назначенных вам препаратах в любое удобное для себя время.
- Подписывая данную форму, вы даете свое согласие на лечение этими препаратами.
- Подписав форму, вы в любой момент можете отказаться от приема любой дозы препарата или отказаться от соглашения, уведомив об этом лечащего врача в устной либо письменной форме.
- Вам будет предоставлена копия настоящей формы информированного согласия.
- Информация о лекарственных препаратах была вам предоставлена на предпочитаемом для себя языке:
  - устно    в печатном виде    в другом виде \_\_\_\_\_
- Данная форма имеет юридическую силу в течение одного года с момента ее подписания врачом.    **Дата**

<b>Подпись клиента:</b>	
<b>Имя и фамилия лечащего врача (печатными буквами):</b>	
<b>Подпись врача (с указанием квалификации и номером лицензии или занимаемой должности):</b>	
<b>Свидетель (требуется, если клиент не в состоянии подписать документ или подписывается знаком):</b>	

При невозможности получения подписи поставьте галочку в квадрате ниже и изложите причину.

- Клиент дал устное согласие на применение данных лекарственных препаратов, не будучи в состоянии или отказываясь поставить подпись по следующей причине:

Количество попыток получить подпись:    Инициалы \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Инициалы \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_