



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 несовершеннолетнему (CYF)

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

Лечащий врач назначил вашему ребенку перечисленные ниже лекарственные препараты. Прежде чем решиться давать эти препараты своему ребенку, вы вправе знать следующее:

1. В связи с каким состоянием или диагнозом назначен препарат.
2. Какие симптомы призван снять препарат и какова вероятность положительного эффекта.
3. Какова вероятность изменения состояния вашего ребенка 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 произвольных постоянных движений, которые могут сохраняться после применения препарата.
8. Любые особые указания по применению препарата, о которых 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	

- 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 задавать вопросы о назначенных вашему ребенку препаратах в любое удобное для вас время.
- Подписывая данную форму, вы даете свое согласие на лечение вашего ребенка этими препаратами.
- Подписав форму, вы в любой момент можете отказаться давать своему ребенку любую дозу препарата или отказаться от соглашения, уведомив об этом лечащего врача в устной либо письменной форме.
- Вам будет предоставлена копия настоящей формы информированного согласия.
- Данная форма имеет юридическую силу в течение одного года с момента ее подписания врачом.
- Информация о лекарственных препаратах была вам предоставлена на предпочитаемом для себя языке:
 - устно в печатном виде в другом виде

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

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

- Родитель/опекун 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 _____