



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 - Mẫu Trẻ Em/Thanh Thiếu Niên/Gia Đình

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 CHO CON EM NHẪM MANG LẠI SỰ HÀI LÒNG CHO QUÝ VỊ.

Bác sĩ kê đơn đã đặt mua (các) loại thuốc sau cho con quý vị. Bác sĩ kê đơn đã thông báo cho quý vị về (các) loại thuốc và/hoặc đã cung cấp cho quý vị thông tin bằng văn bản. Quý vị có quyền được biết các thông tin sau trước khi quyết định có nên cho con em 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 con 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 cho con em bất cứ lúc nào.
- Bằng cách ký tên vào mẫu này, quý vị đồng ý với phương pháp điều trị này cho con em.
- Sau khi ký tên, quý vị vẫn có thể từ chối bất cứ liều dùng nào hoặc hoàn toàn 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 _____
- Mẫu chấp thuận này vẫn giữ nguyên hiệu lực trong thời hạn một năm kể từ ngày ký tên của bác sĩ kê đơn.

Ngày

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

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

- Cha mẹ/người giám hộ 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:

Tiếp tục cố gắng để lấy chữ ký: Chữ ký tất _____ Ngày _____ Chữ ký tất _____ Ngày _____