聖塔克萊拉縣精神健康

患者機密信息
參閱福利和機構法案 5328

患者姓名
(姓、名、中間名) _____

客戶 Unicare # _____

提供者 _____ 子碼 _____

門診病人藥物治療同意書

Remeron（米氮平）

☐ 非 FDA 指示的用途

我的醫生和我商討了以下問題：

本人精神或情緒疾病的性質及建議藥物治療的原因。
服用或不服用此類藥物的情況下本人病症好轉的可能性和可能的替代治療方案。
劑量範圍和服藥次數，服用方法和可能的服用時間。

我們討論了該藥物可能導致的副作用：

較爲常見：	**困倦**	**體重增加**	**口干**
	頭暈	**食欲增加**	
較不常見：	**虛弱或疲憊感**	**便秘**	
	異常夢境	**發抖**	
罕見：	**血球數低**		

如果出現諸如發熱、喉嚨疼痛或流感症狀、容易瘀青或口腔潰瘍等症狀，應立即報告醫生。

我了解因爲可能會產生困倦、喪失肌肉協調性等症狀，我在駕駛、操作機器或其它需要技巧的工作方面，能力可能受到影響。酒精則使這種影響更爲嚴重。

如果我懷孕、計劃懷孕或處於哺乳期間，我將通知我的醫生。我了解在以上情況下服用這種藥物可能不安全。

我已閱讀本表格並了解其内容。
我☐道我有權拒絕所建議的藥物治療，可隨時通知我的醫生。我同意按以下説明服用處方上的藥物。

☐ 不超過聖塔克萊拉縣精神健康服務機構藥物監控指南中認可的最大劑量；

不超過如下指示的日最大劑量：

藥物 (通用名)	指定的每日最大劑量	患者簽名	醫生簽名	日期
米氮平				

如果患者同意但不想簽字，請説明。