

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

抗抑鬱藥物

(再攝取抑制劑)

 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：

- 較為常見： 緊張 發抖 噁心
- 較不常見： 失眠 頭痛 腹瀉
- 困倦 皮疹 食欲變化
- 性功能障礙 出汗
- 罕見： 痙攣 兒童和成人自殺傾向增強

我了解因為可能會產生困倦、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為嚴重。

如果我將懷孕、計劃懷孕或出於哺乳期間，我將通知我的醫生。我了解在這些情況下服用此藥物可能不安全。與其它抗抑鬱的藥物相比，帕罗西汀導致先天畸形的風險增加。

我已閱讀本表格並了解其內容。
我知道我有權拒絕所建議的藥物治療，可隨時通知我的醫生。我同意按以下說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
_____	_____	_____	_____	_____