# موافقة مستنيرة لتعاطي دواء عقلي

|  |
| --- |
| حقوق العميلإن لديك الحق في الحصول على معلومات حول رعايتك وأن تتمكن من طرح الأسئلة.إن لديك الحق في قبول أو رفض أي من خطة رعايتك أو كلها.إن لديك الحق في إنهاء موافقتك شفهيًا أو كتابيًا لأي عضو في فريق العمل في أي وقت.إن لديك الحق في الحصول على خدمات اللغة/الترجمة الشفهية. *هل هناك خدمات مطلوبة؟* [ ]  نعم [ ]  لاإن لديك الحق في الحصول على نسخة من هذه الموافقة: *هل تم طلب نسخة؟* [ ]  نعم [ ]  لا**علاج الطوارئ** *(الحالة الطارئة عبارة عن تغير مؤقت ومفاجئ ومحدد يتطلب التصرف للحفاظ على الحياة أو للوقاية من الضرر الجسدي الخطير سواء للعميل أو الآخرين)*: في حالات طوارئ معينة، قد يتم إعطاؤك دواءً حين لا يكون من الممكن الحصول على موافقتك. إلا أنه ما أن يتم تجاوز الحالة الطارئة، سيكون من اللازم الحصول على موافقتك المستنيرة. |
| **سيناقش معك طاقم طبي المعلومات أدناه:** |
| 1. طبيعة وخطورة مرضك العقلي2. أسباب الأدوية بما في ذلك احتمال التحسن أو عدم التحسن مع الأدوية أو بدونها3. العلاجات البديلة المنطقية وسبب توصية الطبيب بهذا العلاج تحديدًا وثّق البديل، إذا انطبق الأمر:      4. نوع الدواء وجرعته وعدد مرات تعاطيه ومدة التعاطي وطريقة تعاطي الأدوية5. الآثار الجانبية الشائعة المعروفة التي يمكن أن تصاب بها:      6. الآثار الجانبية الإضافية الممكنة التي يمكن أن تحدث عند تعاطي الأدوية لمدة تتجاوز ثلاثة شهور7. إذا كنت تتعاطى مضاد ذهان تقليدي أو غير تقليدي*،* سيتم إعطاؤك معلومات حول أثر جانبي محتمل يعرف باسم خلل الحركة المتأخر.ويتسم بحركات غير طوعية في الوجه، الفم، و/أو اليدين والقدمين. يحتمل أن تكون هذه الأعراض غير قابلة للتراجع وقد تظهر بعد التوقف عن تعاطي الدواء.هل تم شرح المعلومات أعلاه للعميل؟ [ ]  نعم [ ]  لا إذا كانت الإجابة لا، وثّق السبب.       |
| **يصف الطاقم الطبي الأدوية العقلية التالية لك:** |
| **الدواء** **(الاسم)** | **نطاق الجرعة** **(كم)** | **التكرار** **(عدد المرات)** | **المدة** **(لكم من الوقت)**  | **عبر الفم** **أو حقن (يجريه الطاقم الطبي)** |
|       |       |       |       | **[ ]** عبر الفم **[ ]** حقنة |
|       |       |       |       | **[ ]** عبر الفم **[ ]** حقنة |
|       |       |       |       | **[ ]** عبر الفم **[ ]** حقنة |
|       |       |       |       | **[ ]** عبر الفم **[ ]** حقنة |
|       |       |       |       | **[ ]** عبر الفم **[ ]** حقنة |
| هل تم تقديم ورقة معلومات الدواء لكل الأدوية العقلية؟ **[ ]** نعم **[ ]** لا**إذا كانت الإجابة لا، وثّق السبب.**       |

|  |
| --- |
| **موافقة العميل****بناءً على المعلومات التي قرأتها، ناقشتها و/أو راجعتها مع طاقمي الطبي:**(ضع علامة على خيار واحد)[ ]  أنا أفهم وأقدم موافقتي على تعاطي الأدوية العقلية المدرجة في الصفحة الأولى.[ ]  أنا أقدم موافقة شفهية فقط وأرفض توقيع النموذج.[ ]  أنا **لا** أوافق على تعاطي الأدوية العقلية المدرجة أدناه.يرجى ذكرها: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ توقيع العميل/الممثل القانوني/الوصي التاريخبيان الطاقم الطبيلقد راجعت وناقشت وأوصيت بخطة الدواء (الصفحة 1) للعميل أعلاه وقد:[ ]  قدم العميل موافقته على تعاطي هذه الأدوية.[ ]  قدم العميل موافقة شفهية ولكنه رفض أو كان لا يستطيع التوقيع.[ ]  الحالة الطارئة. تم إعطاء الدواء للعميل دون موافقته.[ ]  العميل لا يمكنه فهم المخاطر والفوائد ولهذا لا يمكنه الموافقة.[ ]  تعليقات أخرى:       توقيع وترخيص الطاقم الطبي التاريخ     اسم وترخيص الطاقم الطبي توقيع الشاهد (إذا انطبق الأمر): التاريخ |