

**የኮሎምቢያ ዲስትሪክት መስተዳድር (GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA)
የሰነ-ባህሪ ጤና አገልግሎት ክፍል (Department of Behavioral Health)**



**የአእምሮ ሕክምና መድሀኒት ለመጠቀም የሰምምነት መግለጫ
(አስራ ስምንት (18) አመት በታች ለሆናቸው ህፃናትና ታዳጊዎች)**

የታካሚ/ደንበኛ ስም: _____ የትውልድ ቀን: _____

የምርመራ
ውጤት:

ICD-10-CM	
-----------	--

እኔ _____ ከታች ስለተዘረዘሩት መድኃኒቶች ልጄን
(የወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ስም)

በሚያከመው ሐኪም መረጃ ተሰጥቶኛል። ካታች ስለተዘረዘሩት እያንዳንዳቸው መድኃኒቶች መድኃኒቶቹን ከሚያዘው ባለሞያ ጋር የሚከተሉትን ጉዳዮች አስመልክቶ የመወያየት እድል አረጋግጧል።

- የምርመራ ውጤቱና መድኃኒቱ የታዘዘላቸው ምልክቶች።
 - የሕክምናው ጥቅሞችና የታሰበው ውጤት።
 - የታዘዘው መድኃኒት ባለመውሰድ የሚከተለው ውጤት።
 - የአወሳሰድ መጠኑና በጊዜ ሂደት አወሳሰዱ ላይ ማስተካከያ ቢያስፈልገው ከሐኪሙ ጋር መመካከር እንዳለብኝ።
 - ሊገጥሙ የሚችሉ ስጋቶችና የጎንዮሽ ጉዳዮች።
 - መድሀኒት እንዲሰጠው በፍቃድ የሰጠሁት የሰምምነት መግለጫ በማንኛውም ጊዜ የማቋረጥ መብቴ
- (በሕክምናው የሚሰጠው መድኃኒት በፍርድ ቤት ትእዛዝ የተወሰነ ካልሆነ በስተቀር)
 - ያሉት አማራጮች።
 - መድኃኒቱ የምግብና መድኃኒት ቁጥጥር ባለስልጣን ከፈቀደው ውጪ አንድ የተለየ ሁኔታ ላይ ጥቅም ላይ ሊውል ስለሚችል (የምግብና መድኃኒት ቁጥጥር ባለስልጣን (Food and Drug Administration (FDA)) ሳይፈቅድ) ሐኪሙ መድኃኒቱ በዚህ መንገድ መቼ ጥቅም ላይ እንደሚውል እንደሚገልፅ።

ከታች የሰፈረው ፊርማ ስለመድኃኒቱ መረጃ እንደተሰጠኝና መድኃኒቱ እንዲሰጥ መስማማቴን ወይም የተያያዘው የፍርድ ቤት ማዘዣ ቅጂ ማየቴን የሚገልፅ እንደሆነ እረዳለሁ _____ (የሕክምና አገልግሎት ሰጪው ፊርማ፣ የተያያዘውን የፍርድ ቤት ማዘዣ የሚያረጋግጥ።)

የመድኃኒት ስም	የአሰጣጥ ሂደቱ	የአወሳሰድ መጠኑ

(የታካሚ/ደንበኛ ስም)	(የታካሚ/ደንበኛ ፊርማ)	ቀን
(የወላጅ/ጠበቃ ስም)	(የወላጅ/ጠበቃ ፊርማ)	ቀን
(መድኃኒቱን የሚያዘው የአእምሮ ሐኪም ስም)	(መድኃኒቱን የሚያዘው የአእምሮ ሐኪም ፊርማ)	ቀን