

接受長效針劑治療說明書

病歷號：	年齡：
姓 名：	性別：
日 期：	床號：

選擇長效針劑治療前，您會在意的因素有？

兩邊的情況，請依照你的感覺，哪一邊對您比較重要請勾選：

<u>在選擇治療前，你在意的因素有</u>	較重要	普通重要	較重要
治療效果			
不想讓人看到我在吃藥			
每日服藥次數			
害怕打針			
生活品質			
穩定工作/就學			
懷孕			
讓親近的人放心			

<u>我知道使用長效針劑</u>	知道	不知道	不確定
有穩定的藥物血中濃度			
比較不用擔心忘記吃藥導致疾病復發			
家人不用每天盯著我吃藥			

<u>我知道使用口服藥</u>	知道	不知道	不確定
必需每天吃藥			
忘記服藥導致發病			
家人會每天盯著我吃藥			

<u>我知道使用口服藥</u>	知道	不知道	不確定
我知道長效針劑的療效與副作用和口服藥品相同？			
我知道口服藥品必須每日服藥，若未服藥的發病率比長效針劑更高？			
我知道長效針劑有一個月、三個月施打一次的記形可以選擇？			

針對以上問題如果還有不清楚的地方，請諮詢醫師

我想要的主要治療方式？請勾選

☐長效針劑 ☐口服精神調節劑 ☐我還無法做出選擇

主治醫師簽名：_____ 患者/家屬簽名 _____ 日期： 年 月 日 日期： 年 月 日
--