BP-A692.060 **CONSENT TO USE OF LITHIUM** CDFRM
MAY 00

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE **FEDERAL BUREAU OF PRISONS**

The physician should initial numbers 1 thru 5 after discussing each with the inmate.

I, _____, Reg. No. _____ hereby authorize Dr. _____ or his/her relief (designee), to prescribe lithium (Lithonate, Eskalith) to me and to continue said medication as is recommended for my psychiatric treatment.

1.___ This medication is useful because it has been found to be effective in treating uncomfortable changes in mood, especially excitable, irritable, and restless moods, and the accompanying symptoms of excessive energy, sleeplessness, racing ideas, overactivity, short temper, and poor judgment, impulsivity, euphoria, depression and insomnia.

2.___ This medication may improve your condition by relieving all or some of the symptoms mentioned above.

3.___ Common side effects to this medication include, but are not limited to, dry mouth, hand tremors, frequent urination, and mild thirst. Temporary and mild nausea may occur during the first few days of treatment. These effects are frequently temporary or can be controlled with a change in dosage. Occasionally, lithium may cause the thyroid gland to under-function, producing a condition called hypothyroidism. If the reason for continuing lithium is strong, this condition may be treated with an appropriate drug. There is some concern about long-term effects of lithium on the kidney. However, it appears that if blood levels of the drug are kept within normal limits, there is no reason to expect kidney damage in patients with normal kidney function at the start. Frequent blood draws may be necessary when taking the medication. We have reviewed the fact that if you have a condition such as kidney function impairment, it may be preferable to use other medication.

If any of the above symptoms occur, you should notify Medical Staff at sick call as soon as possible.

4.___ Not taking this medication as prescribed by the physician's instruction may lead to a worsening of symptoms. However, some symptoms of bipolar disorder may get better or even go away without taking medication.

5.___ Other treatment options include other medication with similar benefits. Other drugs may cause some of the same side effects you might experience with this medication.

Based upon interview, assessment, and medical record review, it is my opinion that this patient understands the proposed treatment, and **is competent** to give consent.
Physician Signature _____

Based upon interview, assessment, and medical record review, it is my opinion that this patient **is not competent** to give consent. Physician Signature _____

Other issues discussed		
The undersigned certifies that he/she has read the foregoing, or has had it explained in a language they understand, and hereby consents to treatment and has no additional questions. I understand that I may stop taking this medication at any time by contacting the physician. However, I understand that discontinuing the medication abruptly is generally not advisable.		
Inmate Signature	Inmate Number	Date
Witness Signature		Date
Attending Psychiatrist or Physician		Date

(This form may be replicated via WP)

BP-A692.060 **Consentimiento Para el Uso de Litio**
MAYO 00
DEPARTAMENTO DE JUSTICIA de EE.UU. AGENCIA FEDERAL DE PRISIONES

****This template is provided to assist Spanish-speaking inmates who are not fluent in English to complete the corresponding Bureau form. It is a template only for instructional purposes, and should not be filled in. ****

****Este modelo se provee para ayudar a los reos que hablan español y no dominan el inglés para que completen el formulario correspondiente de la Agencia. Es solo un modelo que sirve como ejemplo, y no se debe completar.****

El médico debe firmar con sus iniciales del número 1 al 5 después de discutir cada uno con el reo.

Yo, , Número de Registro por este medio autorizo al Doctor o a su relevo (designado), para recetarme litio (Lithonate, Eskalith) y para continuar dicho medicamento según lo sea recomendado para mi tratamiento psiquiátrico.

1. Este medicamento es útil porques se ha encontrado ser efectivo en el tratamiento de cambios indeseados de humor, sobre todo los humores de excitación, irritación, e inquietud, y los síntomas asociados de energía excesiva, desvelo, pensamientos acelerados, hiperactividad, mal genio; y juicio pobre, impulsividad, euforia, depresión e insomnio.

2. Este medicamento puede mejorar su condición aliviándole todos o algunos de los síntomas anteriormente mencionados.

3. Los efectos secundarios más comunes de este medicamento incluyen, pero no se limitan a, sequedad de la boca, temblor de las manos, orina excesiva, y poca sed. Un poco de náusea temporera puede ocurrir durante los primeros días del tratamiento. Estos efectos usualmente son temporarios o pueden ser controlados con un cambio en la dosis. Ocasionalmente litio puede causar que la glándula de la tiroides deje de funcionar a su capacidad, ocasionando una condición llamada hipotiroidismo. Si la razón para continuar el uso de litio es fuerte, esta condición puede ser tratada con el medicamento apropiado. Hay cierta preocupación sobre el efecto del uso prolongado de litio sobre el riñón. Sin embargo, si los niveles del litio en la sangre se mantienen dentro de los límites normales, no hay ninguna razón de esperar que se dañe el riñón en los pacientes con función renal normal al inicio del tratamiento. Puede ser necesario examinar su sangre frecuentemente mientras esté tomando este medicamento. Nosotros hemos examinado el hecho de que si usted tiene una condición como deficiencia del riñón, puede ser preferible que usted use otro medicamento.

Si algunos de los síntomas anteriormente mencionados ocurren, usted debe notificarle al personal médico mediante una cita, tan pronto sea posible.

4. El no tomar este medicamento según lo es recetado por el medico puede resultar en el empeoramiento de sus síntomas. Sin embargo, algunos síntomas del trastorno bipolar pueden mejorar o hasta desaparecer sin tomar medicamentos.

5. Otras alternativas de tratamiento pueden incluir otros medicamentos con beneficios similares que pueden causar algunos de los mismos efectos secundarios que usted puede experimentar con este medicamento.

Basado en esta entrevista, evaluación, y revisión del expediente médico, es mi opinión que este paciente entiende el tratamiento sugerido, **y es competente** para dar su consentimiento.
Firma del Médico

Basado en esta entrevista, evaluación, y revisión del expediente médico, es mi opinión que este paciente **no es competente** para dar su consentimiento.
Firma del Médico

Otros asuntos discutidos

El abajo firmante certifica que él/ella ha leído el material anteriormente descrito, o se le ha explicado en un lenguaje que el/ella entienden, y por este medio da consentimiento al tratamiento sin más preguntas adicionales. Yo entiendo que puedo dejar de tomar este medicamento en cualquier momento con solo contactarle al médico. Sin embargo, yo entiendo que el dejar de tomar el medicamento repentinamente no es generalmente lo más aconsejable.

Firma del Reo	*Número del Reo*	*Fecha*
Firma del Testigo		*Fecha*
Psiquiatra o Médico		*Fecha*

(Este formulario puede ser reproducido vía WP)