BP-A693.060 **CONSENT TO USE OF MAOI ANTIDEPRESSANT MEDICATION** CDFRM
MAY 01

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 (Circle One) phenelzine (Nardil, or tranylcypromine (Parnate) an antidepressant medication 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 depression and its associated symptoms including sadness, fatigue, hopelessness, sleeplessness, loss of appetite, loss of interests, loss of concentration, suicide, or self harm ideation. This medication may also be effective in treating other disorders, such as panic disorder, obsessive-compulsive disorders, and certain types of pain.

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, low blood pressure upon standing, insomnia, hyperactivity, agitation, sedation, headaches, sexual problems, dry mouth, swelling and weight gain. These effects are frequently temporary or can be controlled with a change in dosage. There can be a significant rise in blood pressure if this medicine is taken with certain other medications. You must make sure that any prescriber knows you are taking this medication before they recommend other drug treatments. Certain foods may react with this medicine causing extremely high blood pressure which could be life-threatening. You will be counseled by a dietary expert regarding the types of food that must be avoided. This include legumes, nuts, certain foods (aged cheeses and meats, sauerkraut) and fermented drinks.

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 depression and related disorders may get better or even go away without taking medication. Also, the risk of suicide may be increased by not taking this 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. Other treatments may not include any medication, but may involve counseling by a psychologist or other medical professional.

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) Replaces BP-S693 dtd May 00

BP-A693.060 **Consentimiento Para el Uso de Medicamento Antidepresivo MAOI**
MAYO 01
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 (circule uno) phenelzine (Nardil), o tranylcypromine (Parnate), un medicamento antidepresivo, y para continuar dicho medicamento según lo sea recomendado para mi tratamiento psiquiátrico.

1. Este medicamento es útil porque se ha encontrado ser efectivo en el tratamiento de la depresión y sus síntomas asociados incluyendo tristeza, fatiga, desesperación, insomnio, pérdida del apetito, pérdida de intereses, pérdida de la concentración, suicidio o pensamientos de daño a sí mismo. Este medicamento también puede ser efectivo en el tratamiento de otros desórdenes como el pánico, el trastorno de comportamiento obsesivo-compulsivo, y ciertos tipos de dolores.

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, presión baja al pararse, insomnio, hiperactividad, agitación, sedación, dolores de cabeza, problemas sexuales, sequedad de la boca, hinchazón y aumento de peso. Estos efectos usualmente son temporeros o pueden ser controlados con un cambio en la dosis. Puede haber un aumento significativo de la presión arterial si este medicamento es tomado con otros ciertos medicamentos. Usted debe asegurarse que cualquier proveedor sepa de que usted está tomando este medicamento antes de recomendarle otros tratamientos de medicamento. Ciertos alimentos pueden reaccionar con este medicamento, causando un aumento extremadamente alto de la presión arterial, lo cual puede amenazar su vida. Usted será aconsejado por un experto en dietas sobre los tipos de alimento que debe evitar. Estos incluyen las legumbres, las nueces, ciertos alimentos (quesos añejado y carnes, sauerkraut) y las bebidas fermentadas.

Si algunos de los síntomas anteriormente 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 médico puede resultar en el empeoramiento de los síntomas. Sin embargo, algunos síntomas de la depresión y los desórdenes relacionados pueden mejorarse o hasta desaparecer sin tomar medicamentos. También, el riesgo de suicidio puede aumentar al no tomar este medicamento.

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. Otros tratamientos quizá no incluyan medicamentos, pero pueden involucrar la consejería con un sicólogo u otro personal médico.

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*