BP-A695.060 **CONSENT TO USE OF MOOD STABILIZING MEDICATION** CDFRM
SEP 05

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) carbamazepine (Tegretol), valproate** (**Depakote, Depakene), lamotrigine (Lamictal), levetiracetam (Keppra)**, or **topiramate (Topamax), oxcarbazepine (Trileptal)**, an anticonvulsant medication with mood stabilizing effects, 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 various mood disorders and its associated symptoms including mood swings, excitability, irritability, anxiety, impulsivity, euphoria, depression, pressured speech, poor judgement, anger, sleeplessness, excessive energy, and racing ideas. They are particularly helpful for rapidly fluctuating moods and associated symptoms.

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, weight gain (**valproate**), sedation, cognitive slowing, nausea, diarrhea, incoordination, and vision changes. Less common but potential side-effects include elevation of liver enzymes, inflammation of the pancreas (esp. **valproate**) and bone marrow suppression with a decrease in blood cell counts (**carbamazepine**). There is a risk of serious infection or even death should severe bone marrow suppression occur. To limit these risks, blood counts and blood levels will be monitored along with appropriate liver studies on an ongoing basis. You should notify health services regarding any signs of unusual bleeding, fever, sore throat, nausea and vomiting, severe stomach pain, or loss of appetite.
A possible rare adverse effect of **topiramate** is metabolic acidosis, a decrease in serum bicarbonate. Signs may be hyperventilation, loss of appetite, irregular heartbeat, confusion, stupor. Additionally, eye problems rarely develop and any visual changes or eye pain should be reported to health services.
Rarely, **lamotrigine** can cause very serious rashes which can be life threatening. All rashes should be reported to health services as soon as possible. The risk for development of this rash can be minimized by starting at a low dose, slowly increasing the dose, and avoidance of valproic acid in addition to lamotrigine. This rash generally develops in the first 2 to 8 weeks but can rarely occur after this.

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 mood disorders may get better or even go away without taking medication.

5.___Other treatment options may 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

BP-A695.060 **Consentimiento Para el Uso de Medicamento para Estabilizar el Ánimo**
SEP 05
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) carbamazepine (Tegretol), valproate** (**Depakote, Depakene), lamotrigine (Lamictal), levetiracetam (Keppra), o topiramate (Topamax), oxcarbazepine (Trileptal)**, un medicamento anticonvulsivo estabilizador de ánimo, 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 varios trastornos de ánimo y sus síntomas asociados, incluyendo cambios de animo, excitabilidad, irritabilidad, ansiedad, impulsividad, euforia, depresión, conversación acelerada, juicio pobre, cólera, insomnio, energía excesiva, y pensamiento acelerado. Estos medicamentos son particularmente beneficiosos para cambios rápidos de estados de ánimos y los síntomas asociados.

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

3. Los efectos secundarios mas comunes de este medicamento incluyen, pero no se limitan a, aumento de peso **(valproate)**, sedación, comprensión lenta, náusea, diarrea, falta de coordinación, y cambios en la visión. Los efectos secundarios posibles menos comunes incluyen la elevación de las enzimas del hígado, inflamación del páncreas (esp. **valproate**) y supresión de la médula ósea con una disminución del número de célula rojas **(carbamazepine)**. Hay un riesgo serio de infección o hasta la muerte si la supresión de la médula ósea es muy severa. Para limitar estos riesgos, los niveles de células rojas y niveles de sangre serán monitoreados constantemente, junto con exámenes frecuentes del hígado. Usted debe notificarle a los servicios de salud sobre cualquier señal de hemorragia insólita, fiebre, dolor de garganta, náusea y vómito, dolor de estómago severo, o pérdida de apetito.
Un posible efecto adverso raro de **topiramate** es la acidosis metabólica, una disminución de suero bicarbonato. Los síntomas pueden ser la hiperventilación, pérdida de apetito, latido del corazón irregular, confusión, estupor. Además, problemas de los ojos raramente se desarrollan y cualquier cambio en la vista o dolor de ojo debe ser reportado a los servicios de salud.
Raramente, **lamotrigine** puede causar sarpullidos en la piel muy serios que pueden amenazar la vida. Todos los sarpullidos deben ser reportados a los servicios de salud tan pronto sea posible. El riesgo para desarrollar este sarpullido puede disminuirse comenzando con una dosis baja, aumentando la dosis lentamente, y evitando ácido valproico en adición a lamotrigine. Este sarpullido generalmente se desarrolla en las primeras 2 a 8 semanas, pero raramente ocurre después de este tiempo.

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 médico puede resultar en el empeoramiento de sus síntomas. Sin embargo, algunos síntomas del trastorno de ánimo pueden mejorar o hasta aún desaparecer sin 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.

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*