

CONSENT TO USE OF TYPICAL ANTIPSYCHOTIC MEDICATION

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) chlorpromazine (Thorazine), fluphenazine (Prolixin), haloperidol (Haldol), Loxapine (Loxitane), mesoridazine (Serentil), haloperidol (Haldol), molindone (Moban), perphenazine (Trilafon), thioridazine (Mellaril), thiothixene (Navane), trifluoperazine (Stelazine) an antipsychotic 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 psychosis and its associated symptoms including sensory isolation, withdrawal from reality, delusions, disorganized or confused thinking, anxiety, agitation, unusual sensory perceptions (voices, smells, or visions), frightening or disturbing ideas, hallucinations, or feelings of violence or losing control.

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

3. ___ Common side effects to this medication may include, but are not limited to, dry mouth, blurred vision, constipation, drowsiness, dizziness, headache, tiredness, weight gain, various involuntary movement disorders (tremors of hands, muscle spasms or twitching, shuffling gait, or a feeling of a need to constantly move or stretch legs), and decreased sex drive. These effects are frequently temporary or can be controlled with a change in dosage or addition of another drug. Another side-effect of typical antipsychotic medications is tardive dyskinesia. This condition may occur after long-term use of these medicines or with high doses. It is an involuntary movement disorder (neurological condition) affecting the mouth, tongue, lips, or extremities. This side-effect is closely monitored by simple neurological exams and usually remits with termination of the medication. Some, but not all, cases may be irreversible. Another uncommon side-effect is Neuroleptic Malignant Syndrome, a treat-able but potentially fatal response of the muscles, liver, and heat regulatory system.

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 psychosis and related disorders 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. 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, 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 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) chlorpromazine (Thorazine), fluphenazine (Prolixin), haloperidol (Haldol), Loxapine (Loxitane), mesoridazine (Serentil), haloperidol (Haldol), molindone (Moban), perphenazine (Trilafon), thioridazine (Mellaril), thiothixene (Navane), trifluoperazine (Stelazine), un medicamento antipsicótico, y para continuar con 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 psicosis y sus síntomas asociados incluyendo el aislamiento sensorial, retraimiento de la realidad, delirios, pensamiento desorganizado o aturcido, ansiedad, agitación, percepciones sensoriales insólitas (voces, olores, o visiones), ideas espantosas o inquietantes, alucinaciones, o sentimientos de violencia o pérdida del control.

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

3. Los efectos secundarios comunes de este medicamento pueden incluir, pero no se limitan a, sequedad de la boca, visión borrosa, estreñimiento, somnolencia, mareo, dolor de cabeza, cansancio, aumento de peso, varios trastornos de movimiento involuntarios (temblores en las manos, espasmos o estremecimiento muscular, un andar pesado, o una sensación de necesitar mover o estirar las piernas constantemente), y disminución del apetito sexual. Estos efectos usualmente son temporeros o pueden ser controlados con un cambio en la dosis o adición de otro medicamento. Otro efecto secundario de medicamentos antipsicóticos típicos es Diskinesia Tardía. Esta condición puede ocurrir después del uso prolongado o con dosis altas de este medicamento. Esta condición es un trastorno de movimientos involuntarios (condición neurológica) que afecta la boca, la lengua, los labios, o las extremidades. Este efecto secundario es cercanamente monitoreado a través de exámenes neurológicos y por lo general se resuelve al descontinuar el medicamento. Algunos, pero no todos, los casos pueden ser irreversibles. Otro efecto secundario menos común es el Síndrome Neuroléptico Maligno, una respuesta tratable pero potencialmente fatal de los músculos, hígado, y sistema regulador de calor.

Si algunos de los síntomas mencionados 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 de los síntomas de psicosis y desórdenes relacionados pueden mejorarse o hasta 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. Otros tratamientos quizá no incluyan medicamentos, pero pueden involucrar la consejería con un psicólogo 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