

澎湖縣政府衛生局自殺高風險個案轉介單

說明：

一、轉介個案需同時符合下列標準：

(一) 簡式健康量表 (BSRS) 總分達 15 分以上。(請先檢視本表第 28 項測量結果)

(二) 簡式健康量表 (BSRS) 自殺想法檢測結果達 2 分以上。(請先檢視本表第 28 項測量結果)

(三) 達高自殺風險個案條件任何 1 項者。(請先檢視本表第 29 項所訂條件)

二、若轉介單位係透過第三人獲悉並未實際接觸個案，請務必於確認及評估實際案情後再行轉介。

三、請注意資料正確性，詳細查填以下相關資料，「*」必填欄位，應避免有漏填或空白欄位。

四、如有緊急個案需衛生局配合處置，應合併以電話方式轉介，以利優先處理。

(一)*本次轉介對象屬：

☐ 自殺企圖者 (係指有自殺行為，但未遂者)☐ 自殺意念者 (係指心存自殺想法，尚未付諸行動者)

(二)基本資料：

1、*個案姓名：

2、*身分證統一編號(或居留證號碼)：

3、*性別：

4、是否為原住民：☐ 是 ☐ 否

5、*電話(日)：

6、*電話(夜)：

7、*手機：

8、*年齡： (出生： 年 月 日)

9、婚姻狀況：_____

10、教育程度：_____

11、就業情況：☐ 有，目前從事_____ ☐ 無，失業多久_____

12、戶籍住址：_____縣/市_____鄉/鎮/市/區_____村/里_____

13、*居住住址： 縣/市 鄉/鎮/市/區 村/里

14、聯絡人姓名：_____

15、關係：_____

16、聯絡人電話：_____

17、聯絡人手機：_____

18、*自殺日期：20 年 月 日(自殺意念者非必填) 19、*轉介日期：20 年 月 日

20、*有無實際自殺行為：☐ 是 ☐ 否(勾選本項者，下題為勾選計畫自殺方式)21、*自殺方式：(自殺意念者非必填) (可複選，☐最多勾選三種)☐ 自縊、勒死及窒息☐ 自焚☐ 汽車廢氣☐ 家用瓦斯☐ 農用殺蟲劑及除草劑☐ 溺水(淹死)；跳水☐ 燒炭☐ 其他化學物品☐ 高處跳下☐ 其他氣體及蒸氣☐ 安眠藥鎮靜劑☐ 切穿工具☐ 以槍炮、氣槍及爆炸物☐ 其他藥物☐ 割腕☐ 撞擊☐ 服用或施打毒品過量☐ 一般病媒殺蟲劑☐ 以其他方式：_____22、*自殺原因：(可複選，本題☐最多勾選三個)

(1) 情感/人際關係

☐ 家人間情感因素☐ 夫妻問題☐ 感情因素☐ 重大失落素：_____☐ 同儕關係因素☐ 職場人際關係因素☐ 其他人際關係因

(2) 精神健康/物質濫用

☐ 憂鬱傾向☐ 非憂鬱傾向精神心理健康問題☐ 物質濫用(酒、藥)

☐過去或現在罹患憂鬱症 ☐非憂鬱症精神疾病：_____

(3) 工作/經濟 ☐失業經濟因素 ☐債務經濟因素 ☐非失業及債務經濟因素

☐非人際關係職場因素

(4) 生理疾病 ☐非久病不癒疾病因素

☐久病不癒

(5) 校園學生問題 ☐校園學生的生涯規劃因素

☐非人際關係學校適應問題

(6) 兵役問題 (7) 其他 (8) 不詳

☐兵役因素 ☐其他：_____ ☐不詳

(9) 不願說明或無法說明 ☐個案因身體狀況無法說明

☐個案(家屬)不願說明

23、*有無其他人一起自殺(自殺意念者非必填)：☐有(關係：_____) ☐無

24、*自殺後身體狀況(自殺意念者非必填)：☐穩定 ☐惡化 ☐垂危

25、*過去精神疾病史：☐不詳 ☐無 ☐有，診斷病名：_____ ☐酒癮 ☐藥(毒)癮

26、*個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員訪視、轉介服務：☐是 ☐否

27、*轉介機關(構)個案處置情形：

◎是否已開案？☐是，已提供_____服務 ☐否_____

◎轉介後，是否繼續服務個案？☐是_____ ☐否_____

◎希望衛生機關對個案提供何種服務？☐轉介精神醫療服務 ☐轉介心理輔導 ☐收案關懷及追蹤 ☐其他

◎檢附相關評估表供參☐有_____ ☐無_____

28、*測量簡式健康量表(BSRS)結果：

請圈選最近一個星期(含今天)，個案對下列各項目造成困擾的嚴重程度(個案感受)

	不會	輕微	中等程度	嚴重	非常嚴重
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張或不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★有自殺的想法	0	1	2	3	4

請填寫檢測結果：1-5題總分：_____分，★自殺想法：_____分

說明：

1. 1至5題之總分：

(1) 得分0-5分：身心適應狀況良好。

(2) 得分6-9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒，給予情緒支持。

(3) 得分10-14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。

(4) 得分>15分：重度情緒困擾，需高關懷，建議轉介精神科治療或接受專業輔導。

2. ★「有無自殺想法」單項評分：

本題為附加題，若前5題總分小於6分，但本題評分為2分以上時，建議轉介至精神科。

29. *高自殺風險個案條件：(可複選)		
☐ 1. 再自殺個案		
☐ 2. 本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者		
☐ 3. 個案陳述有具體自殺計畫（包含明確的時間與自殺方式）		
☐ 4. 65 歲以上獨居、無家庭、社會支持薄弱或久病不癒之老人		
30. *其他相關資訊：(請註記轉介機關(構)個案處置、評估情形及個案自殺原因之相關訊息)		
轉介機關（構）：	轉介人員：	單位主管：
電 話：	傳 真：	
		轉介日期： 年 月 日

說明：應於接受轉介單後3個工作天內回覆轉介機關（構）評估收案與否。

個案姓名		身分證統一編號 (或居留證號碼)	
受理日期	年 月 日	回覆日期	年 月 日
回覆處理情形	1、評估結果： ☐ 收案： (1) 開案日期： 年 月 日 (2) 協助事項：(可複選) ☐ 轉介精神醫療服務 ☐ 轉介心理輔導 ☐ 收案關懷及追蹤 ☐ 其他：_____		
	☐ 未收案：(可複選) ☐ 資料不足，無法評估收案與否。 ☐ 個案失聯，請確認行蹤後再轉介。 ☐ 聯絡資料錯誤，請確認並更正後再轉介。 ☐ 不符轉介標準，請 貴機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 ☐ 個案主要訴求非衛生機關(構)之服務項目。 ☐ 考量個案需求，以原轉介機關(構)繼續提供服務為佳。 ☐ 其他原因：_____		
	2、其他建議處置或補充說明：_____		
	評估人員：	單位主管：	
	電 話：	傳 真：	