

澎湖縣疑似精神病人優化計畫通報/轉介單/第4類轉介單 *為必填

請傳真至 06-9269051		聯絡電話： (06)9920100 澎湖縣政府衛生局社 區心理衛生中心 護理師		轉介注意事項： 1. 須配合受理醫療機構共訪機制 2. 請填妥轉介單及「(疑似)精神病患簡易篩檢表(當事人/家屬)」	
*轉介單位 /通報陳情人			*轉介人員 /通報陳情人		*轉介人員 主管核章
*通報/轉介日期	____年____月____日		*聯絡電話		*傳真電話
電子郵件				*必要時，是否能配合共訪 ☐ 是 ☐ 否	
*轉介目的	☐ 協助精神狀況評估 ☐ 協助轉介醫療機構 ☐ 提供精神心理社會處置及衛生教育 ☐ 危機處理及提供短期就醫資源 ☐ 提供個案社區關懷追蹤 ☐ 其他：_____				

個案基本資料

*身分證字號		*姓名	
*連絡電話		*地址	戶籍： 居住：
*性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 多元性別	*出生日期	西元____年__月__日，__歲
*教育程度	☐ 不識字 ☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中 ☐ 高職 ☐ 專科 ☐ 大學 ☐ 碩士或以上 ☐ 不詳		
*婚姻狀況	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 鰥寡 ☐ 不詳		
*計畫轉介告知	☐ 已告知主要照顧者 ☐ 無法告知，原因_____ *請轉介單位務必告知預計轉介醫療機構關懷，避免家屬接受訪視時，感受唐突。		
*主要照顧者/ 重要關係者	姓名：_____/關係：_____/電話：_____/是否同住： ☐ 是、 ☐ 否，地址：		
*家庭背景	(請簡述家庭成員及同住者、非同住者之間關係，或以家系圖呈現)		

個案概況

*主要問題 內容	☐ 1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： ☐ 傷人 ☐ 傷人之虞 ☐ 自傷 ☐ 自傷之虞 ☐ 2. 社區干擾/破壞： ☐ 公共危險 ☐ 公共危險之虞 ☐ 預期性傷害危險(☐ 未曾發生過 ☐ 曾經發生過) ☐ 3. 因無接受治療而造成無法自我照顧(請描述)：_____ ☐ 4. 其他(請描述)：_____
*疾病診斷	☐ 思覺失調症 ☐ 妄想症 ☐ 雙相情感疾患 ☐ 躁症 ☐ 鬱症 ☐ 其他：_____ ☐ 其他：_____ ☐ 不詳
*身心障礙證明	☐ 有，疾病名稱：_____障礙類別：第____類， ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度 ☐ 否 ☐ 不詳 ☐ 需重新鑑定，下次鑑定日期：____年____月____日
*主要症狀	情感： ☐ 無異狀 ☐ 低落 ☐ 高亢 ☐ 憂鬱 ☐ 緊張 ☐ 焦慮 ☐ 害怕 ☐ 驚恐 ☐ 生氣 ☐ 冷漠 ☐ 其他：_____

	思考： ☐ 無異狀 ☐ 語無倫次 ☐ 思考不連貫 ☐ 妄想 ☐ 自殺意念 ☐ 其他：_____ 知覺： ☐ 無異狀 ☐ 幻聽 ☐ 幻視 ☐ 其他：_____ 行為： ☐ 無異狀 ☐ 急躁不安 ☐ 自傷 ☐ 攻擊行為 ☐ 破壞 ☐ 強迫 ☐ 退縮 ☐ 整日臥床 ☐ 髒亂 ☐ 其他：_____
*病情摘要	服藥規則性： ☐ 無用藥 ☐ 不規則用藥 ☐ 規則用藥 ☐ 不詳 服藥情形： ☐ 主動服藥 ☐ 被動服藥 ☐ 拒藥 ☐ 自覺無效 ☐ 不詳 用藥方式： ☐ 口服 ☐ 針劑 ☐ 滴劑 ☐ 不詳 日常生活影響： ☐ 無 ☐ 自我照顧需督促 ☐ 自我照顧需他人協助 ☐ 不詳 物質濫用： ☐ 無 ☐ 酒 ☐ 鎮靜安眠藥物 ☐ 管制藥品或毒品 ☐ 不詳 其他問題：
*就醫情形	☐ 有就醫且規則門診、 ☐ 有就醫但不規則門診， 醫院名稱：_____，看診醫師：_____，最近就醫日期：_____。 ☐ 住院：醫院名稱：_____，住院日期：_____， 住院理由： ☐ 強制住院 ☐ 急性發病 ☐ 自傷 ☐ 傷人 ☐ 自殺 ☐ 其他：_____ ☐ 未曾就醫，說明：_____ ☐ 不詳
*資源是否曾介入	☐ 是，介入日期：____年____月____日 介入狀態： ☐ 已服務結案 ☐ 服務中 ☐ 中斷服務，說明： 介入原因： ☐ 兒少保護個案家庭 ☐ 高風險家庭 ☐ 家庭暴力事件 ☐ 高危機個案 ☐ 其他：_____ ☐ 否 ☐ 不詳 ☐ 其他：_____
	☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 身心障礙生活補助 ☐ 特殊境遇家庭扶助 ☐ 獨居老人 ☐ 不詳 ☐ 其他：_____ 其他補充說明：
*個案概況描述	請具體描述。並敘明相關事件發生時間。

心衛中心處理情形

*心衛中心初評紀錄					
心衛中心初評日期	____年____月____日	評估人員		單位主管	
心衛中心派案日期	____年____月____日	評估人員		單位主管	
☐ 查詢已為精照收案個案 ☐ 不符合轉介標準 ☐ 經診斷符合精神照護系統收案標準 ☐ 評估非疑似精神病人，且無心理健康照護需求 ☐ 評估非疑似精神病人，且有心理健康照護需求，轉介心衛中心專業人員 ☐ 轉介優化計畫醫療機構，受轉介機構：_____ ☐ 其他：_____					

填答日期： 年 月 日

(疑似)精神病人之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-家屬版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

●
訪視對象姓名：_____，與當事人關係：_____。

1. 他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？(是 ☐ 否 ☐) 或煩躁容易生氣？(是 ☐ 否 ☐)
2. 當他有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 ☐ 否 ☐

3. 以前他有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 ☐ 否 ☐

4. 你有沒有看到他出現一些別人沒有過的不尋常狀況：是 ☐ 否 ☐ (是請續填以下各項)
 - a. ☐ 他曾經說過有人在暗中監視他嗎？或說有人設計要害他？或說有人想要傷害他？他有沒有說過家人也想要害他？他是否曾因為這樣對家人發脾氣或甚至動手打家人？(若有，請受訪者舉例子)

 - b. ☐ 他曾經說過電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給他嗎？或是他不認識的人特別注意他？(若有，請受訪者舉例子)

 - c. ☐ 你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例子)

 - d. ☐ 你曾經聽到他自言自語嗎？或他曾經聽到別人聽不到的聲音？
(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：☐ 他有沒有說聽到聲音在批評他？ ☐ 這些聲音會不會叫他去做事，甚至叫他去傷害別人或傷害自己？ ☐ 他以前有沒有真的聽他們的命令去做？ ☐ 做過哪些事情呢？)

 - e. ☐ 你曾經聽他說在清醒的時候會看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)
5. 目前你有發現他說話語無倫次，答非所問，或聽不懂他說什麼嗎？是 ☐ 否 ☐
6. 就你所知，他曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 ☐ 否 ☐
7. 就你所知，他有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 ☐ 否 ☐

填答日期：____年____月____日

(疑似)精神病人之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-當事人版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。
 1. 你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？(是 ☐ 否 ☐) 或煩躁容易生氣？(是 ☐ 否 ☐)
 2. 當你有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間

與過程) 是 ☐ 否 ☐

3. 以前有發生過傷害自己或傷害別人嗎?(若有, 澄清事件發生時間與過程) 是 ☐ 否 ☐

4. 現在我要問你有沒有過不尋常經驗: 是 ☐ 否 ☐ (是請續填以下各項)

a. ☐ 你曾經相信有人在暗中監視你嗎? 或有人設計要害你? 或有人想要傷害你嗎? (若有, 請受訪者舉例子, 並繼續澄清: 你知道是那些人嗎? 有沒有包括你的家人呢? 你打算怎麼辦?)

b. ☐ 你曾經相信電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給你嗎? 或是你不認識的人特別注意你嗎? (若有, 請受訪者舉例子)

c. ☐ 你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎? (若有, 請受訪者舉例子)

d. ☐ 你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎? (若有, 請受訪者舉例子, 並繼續澄清)

☐ 你聽到的聲音是在批評你的想法或行為嗎? ☐ 你聽到聲音在彼此講話嗎?

☐ 這些聲音會不會叫你去做事? ☐ 叫你去傷害別人或傷害自己?

☐ 你以前有沒有真的聽他們的命令去做? ☐ 做過哪些事情呢? _____

☐ 你如果不照做會發生甚麼事? _____

e. ☐ 你曾經在清醒的時候看到別人看不到的事物嗎? (要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)

5. ☐ (訪視人員自填) 病人目前表現出語無倫次, 答非所問, 或讓你難以理解他的說話內容嗎?

6. 當你心情不好, 或出於好奇, 曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎? 是 ☐ 否 ☐

7. 你有喝酒的習慣嗎? (若有, 接著詢問種類和使用頻率) 是 ☐ 否 ☐

※若當事人完全無法評估, 且無家屬可詢問, 請於此處敘明無法評估原因: _____

填答日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

澎湖縣社區(疑似)精神病人優化計畫通報/轉介說明

通報/轉介標準

- 1、請轉介單位務必填寫「澎湖縣社區(疑似)精神病人優化計畫通報/轉介單」及「(疑似)精神病人之自傷/傷人危險性簡易篩檢表(家屬版或當事人版擇一)」
- 2、再進行通報/轉介。
- 3、建議通報/轉介之(疑似)精神病人, 需符合下列至少一項情形:
 - (1) 出現與現實脫節之怪異思想及奇特行為。
 - (2) 曾被診斷精神疾病但又病發(參考下列第三點), 且未曾有衛生單位協助處理。

4、 **建議通報/轉介之(疑似)精神病人，須排除以下情形：**

- (1) 在精神復健機構(含日間型及住宿型機構)、日間照顧/訓練機構、庇護工場、安養(護)機構、精神護理之家等接受機構式照顧服務的個案，當個案有狀況時請機構單位先行處理。
- (2) 疑似為單純失智、人格疾患、智能障礙、自閉症、亞斯伯格、過動症、強迫症及囤積症等疾病之個案，建議循現行權責單位轉介服務。
- (3) 自殺行為個案，請直接至衛生福利部自殺防治通報系統進行線上通報。

5、 **衛福部精神關懷收案標準供參：**

- (1) 經醫師診斷為下列 ICD10 診斷碼之病人：思覺失調症、躁症、雙相情感疾患、妄想症、生理狀況所致之精神疾患。
- (2) 經醫師認定為嚴重病人。

其他

- 1、 通報/轉介單位請注意資料正確性，詳細查填通報/轉介單內所有資料後**傳真(06)9269051**，並**來電(06)9920100**確認。
- 2、 貴單位如有緊急個案需衛生局配合處置，應合併以電話方式通報/轉介，以利優先處理。
- 3、 衛生局受理後，將派案由社區心理衛生中心於2周內進行關懷訪視，貴單位如需了解後續訪視結果或連繫其他業務，請來電本局承辦人。
- 4、 非列管個案通報/轉介如已逾3個月，請再次填寫通報/轉介單進行通報/轉介。