|  |
| --- |
| **南投縣疑似精神病人個案轉介單****案號： 依據衛生福利部113年度疑似或社區精神病人照護優化計畫制定** |
| **請mail至a0933527902@gmail.com****或傳真(049)2202659****(傳送後請來電確認是否收到)** | **聯絡電話：****(049)2202662** | **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」** |
| **\*身分證字號** |  | **\*姓名** |  |
| **\*連絡電話** |  | **\*訪視地址** |  |
| **\*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、○否可協助訪視者，朋友/鄰里長/鄰居/社工 |
| **\*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）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **\*個案篩檢表** | ○有，請摘錄說明篩檢結果：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_○無 |
| **轉介機構/單位** |
| **\*轉介來源** | ○[社政]保護體系【□家暴通報(□相對人 □被害人) □性侵害通報(□相對人 □被害人) □兒少虐待通報】○[社政]社福體系(□脆弱家庭通報 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)○[衛政]自殺通報○[衛政]毒防中心(□酒癮 □藥癮 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)○[衛政] Call center精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線○勞政體系○教育體系○警政、消防體系○社區民政體系(□鄰里長或里幹事 □社區民眾)○其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **\*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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **\*個案概況描述** | 最近一次訪視日期：\_\_\_年\_\_月\_\_\_日，請具體描述。並敘明相關事件發生時間。 |
| **備註** | 家系圖、身心障礙鑑定證明、社會福利身分情況等其他補充說明 |
| **\*轉介單位** |  | **電子信箱** |  |
| **\*電話** | 電話： 分機 | **傳真** |  |
| **\*轉介日期** |  | **\*轉介人****核章** |  | **\*主管核章** |  |

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |
| --- |
| **衛生局處理情形** |
| **\*衛生局初評紀錄** |  |
| **衛生局****初評日期** | \_\_\_年\_\_\_月\_\_日 | **評估人員** |  | **單位主管** |  |
| ○轉介醫療機構，受轉介機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_○個案已有診斷，改為高風險第1類收案○不轉介：○已為精神照護系統服務個案。○資料不足，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。○不符轉介目的，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。○個案主要需求非衛生機關之服務項目。○考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。○其他原因（請簡述）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_〔註：住院、門診/居家治療、自殺防治/心衛社工列管、搬遷、拒訪、羈押中、重複轉介〕 |
| **衛生局****評估日期** | \_\_\_年\_\_\_月\_\_日 | **評估人員** |  | **單位主管** |  |
| **衛生局****派案日期** | \_\_\_年\_\_\_月\_\_日 | **評估人員** |  | **單位主管** |  |

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |
| --- |
| **醫療機構未能完成評估回覆單(給衛生局)** |
| 已於\_\_\_年\_\_\_月\_\_日，進行聯繫○住院，入住\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫院○門診/居家治療○失聯○搬遷○家屬、個案拒絕接受服務○已前往，但無法成功接觸個案○羈押中○生理疾病住院○死亡○其他原因（請說明）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_---------- 其他補充事項： |
| **\*回覆日期** | \_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_日 | **\*行政專案人員** |  | **\*單位主管** |  |