

※請傳真至 049-2202659 或以 email 寄至 a0933527902@gmail.com，並請來電確認是否收到 049-2202662

南投縣政府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 10 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、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。

三、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：

- 自殺威脅者 (係指準備自殺執行自殺行動者)
- 自殺未遂者 (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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 有，目前從事_____ <input type="checkbox"/> 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 | 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：(可複選，最多勾選三種)

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自縊、勒死及窒息 | <input type="checkbox"/> 自焚 | <input type="checkbox"/> 汽車廢氣 | <input type="checkbox"/> 家用瓦斯 |
| <input type="checkbox"/> 農用殺蟲劑及除草劑 | <input type="checkbox"/> 溺水(淹死)；跳水 | <input type="checkbox"/> 燒炭 | <input type="checkbox"/> 其他化學物品 |
| <input type="checkbox"/> 高處跳下 | <input type="checkbox"/> 其他氣體及蒸氣 | <input type="checkbox"/> 安眠藥鎮靜劑 | <input type="checkbox"/> 切穿工具 |
| <input type="checkbox"/> 以槍炮、氣槍及爆炸物 | <input type="checkbox"/> 其他藥物 | <input type="checkbox"/> 割腕 | <input type="checkbox"/> 撞擊 |
| <input type="checkbox"/> 服用或施打毒品過量 | <input type="checkbox"/> 一般病媒殺蟲劑 | <input type="checkbox"/> 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

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家人間情感因素 | <input type="checkbox"/> 夫妻問題 | <input type="checkbox"/> 感情因素 | <input type="checkbox"/> 重大失落素：_____ |
| <input type="checkbox"/> 同儕關係因素 | <input type="checkbox"/> 職場人際關係因素 | <input type="checkbox"/> 其他人際關係因 | |

(2) 精神健康/物質濫用

- | | | |
|-------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 憂鬱傾向 | <input type="checkbox"/> 非憂鬱傾向精神心理健康問題 | <input type="checkbox"/> 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

非人際關係職場因素 失業經濟因素 債務經濟因素 非失業及債務經濟因素

(4) 生理疾病

久病不癒 非久病不癒疾病因素

(5) 校園學生問題

非人際關係學校適應問題 校園學生的生涯規劃因素

(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(家屬)不願說明 個案因身體狀況無法說明

23、*有無其他人一起自殺：有(關係：_____) 無

24、*自殺後身體狀況：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 (請提供個案概況及引發自殺意念或行為之動機)：

轉介機關 (構)： _____ 轉介人員： _____ 單位主管： _____

電 話： _____ 傳 真： _____

轉介日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

自殺高風險個案轉介處理回覆單

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： <input type="checkbox"/> 收案： (1) 開案日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (2) 協助事項：(可複選) <input type="checkbox"/> 轉介精神醫療服務 <input type="checkbox"/> 轉介心理輔導 <input type="checkbox"/> 收案關懷及追蹤 <input type="checkbox"/> 其他： _____				
	<input type="checkbox"/> 未收案：(可複選) <input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估收案與否。 <input type="checkbox"/> 個案失聯，請確認行蹤後再轉介。 <input type="checkbox"/> 聯絡資料錯誤，請確認並更正後再轉介。 <input type="checkbox"/> 不符轉介標準，請 貴機關 (構) 持續關懷，必要時再轉介。 <input type="checkbox"/> 個案主要訴求非衛生機關 (構) 之服務項目。 <input type="checkbox"/> 考量個案需求，以原轉介機關 (構) 繼續提供服務為佳。 <input type="checkbox"/> 其他原因： _____				
2、其他建議處置或補充說明： _____					
※評估人員 單位： _____ 姓名： _____ 職稱： _____ 電 話： _____ ※南投縣社區心理衛生中心聯絡電話 049-2202662					