

臺南市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 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、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： | |
| <input type="checkbox"/> 自殺威脅者 (係指準備自殺執行自殺行動者) | |
| <input type="checkbox"/> 自殺未遂者 (係指有自殺行為，但未遂者) | |
| <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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， <input type="checkbox"/> 最多勾選三種) | |
| <input type="checkbox"/> 自縊、勒死及窒息 | <input type="checkbox"/> 自焚 |
| <input type="checkbox"/> 農用殺蟲劑及除草劑 | <input type="checkbox"/> 溺水(淹死)；跳水 |
| <input type="checkbox"/> 高處跳下 | <input type="checkbox"/> 其他氣體及蒸氣 |
| <input type="checkbox"/> 以槍炮、氣槍及爆炸物 | <input type="checkbox"/> 其他藥物 |
| <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"/> 汽車廢氣 | <input type="checkbox"/> 家用瓦斯 |
| <input type="checkbox"/> 燒炭 | <input type="checkbox"/> 其他化學物品 |
| <input type="checkbox"/> 安眠藥鎮靜劑 | <input type="checkbox"/> 切穿工具 |
| <input type="checkbox"/> 割腕 | <input type="checkbox"/> 撞擊 |
| <input type="checkbox"/> 以其他方式：_____ | |
| 22、*自殺原因：(可複選，本題 <input type="checkbox"/> 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"/> 同儕關係因素 | <input type="checkbox"/> 職場人際關係因素 |
| <input type="checkbox"/> 感情因素 | <input type="checkbox"/> 重大失落素：_____ |
| <input type="checkbox"/> 其他人際關係因素 | 素 |
| (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"/> 過去或現在罹患憂鬱症 | <input type="checkbox"/> 物質濫用(酒、藥) |
| <input type="checkbox"/> 非憂鬱症精神疾病：_____ | |
| (3) 工作/經濟 | |
| <input type="checkbox"/> 非人際關係職場因素 | <input type="checkbox"/> 失業經濟因素 |
| <input type="checkbox"/> 債務經濟因素 | <input type="checkbox"/> 非失業及債務經濟因素 |
| (4) 生理疾病 | |
| <input type="checkbox"/> 久病不癒 | <input type="checkbox"/> 非久病不癒疾病因素 |
| (5) 校園學生問題 | |
| <input type="checkbox"/> 非人際關係學校適應問題 | <input type="checkbox"/> 校園學生的生涯規劃因素 |
| (6) 兵役問題 | |
| <input type="checkbox"/> 兵役因素 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| (7) 其他 | |
| <input type="checkbox"/> 不詳 | <input type="checkbox"/> 不詳 |
| (8) 不詳 | |
| <input type="checkbox"/> 不詳 | |
| (9) 不願說明或無法說明 | |
| <input type="checkbox"/> 個案(家屬)不願說明 | <input type="checkbox"/> 個案因身體狀況無法說明 |
| 23、*有無其他人一起自殺： <input type="checkbox"/> 有(關係：) <input type="checkbox"/> 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：

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7個工作天內回覆轉介機關(構)評估開案與否。

| | |
|---------------|---------------------|
| 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、評估日期： 年 月 日
評估狀況(內容)：

2、 開案：開案日期： 年 月 日

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：_____

不開案：(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：_____

3、其他建議處置或補充說明：_____

評估人員：

單位主管：

電 話：

傳 真：