傳真電話：03-8351887 聯絡電話：03-8351885

夜間及假日緊急聯絡電話：03-8233251

**自殺高風險/自殺意念個案轉介單(花蓮縣衛生局)**

|  |
| --- |
| 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。（請先檢視測量結果）（三）達高自殺風險個案條件任何1項者。（請先檢視所訂條件）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。 |
| ＊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）** |
| **＊簡式健康量表（BSRS）：**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**1.1至5題之總分說明：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。 |

 |
| **＊高自殺風險個案條件：(可複選)**□ 1.再自殺個案□ 2.本次/欲自殺方式為上吊、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 |
| **(二)基本資料：****1、＊個案姓名：** **3、＊性別：** **5、＊電話(日)：** 7、手機： 9、婚姻狀況：  | **2、＊身分證字號(或居留證號碼)：** 4、是否為原住民：□ 是　　□ 否**6、＊電話(夜)：** **8、＊年齡： (出生： 年 月 日)**10、教育程度：  |
| 11、就業情況：□ 有，目前從事 □ 無，失業多久 12、**＊居住住址： 縣/市 鄉/鎮/市/區 村/里**  |
| 13、聯絡人姓名： 15、聯絡人電話： 17、**＊自殺日期：20 年 月 日** | 14、關係： 16、聯絡人手機： 18、**＊轉介日期：20 年 月 日** |
| 19、**＊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)** |
| 20、**＊自殺方式：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □安眠藥鎮靜劑 | □酒精 | □服用或施打毒品過量 | □其他藥物 |
| □農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)是否為巴拉刈中毒□是□否 | □一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等) | □其他化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等) | □自焚 |
| □割腕 | □其他部位之切穿工具自殺 | □上吊、自縊 | □悶死及窒息(如塑膠袋套頭) |
| □燒炭 | □汽車廢氣 | □家用瓦斯中毒 | □其它氣體及蒸氣(是否為氦氣自殺□是□否) |
| □臥、跳軌(含鐵路、捷運等) | □撞擊(如：撞牆、撞車等) | □溺水(淹死);跳水 | □高處跳下 |
| □以槍炮、氣槍及爆炸物 | □以其他方式：  |  |  |

 |
| 21、**＊自殺原因：(請說明)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 |
| 22、**＊有無其他人一起自殺：□ 有（關係： ） □ 無** |
| 23、**＊自殺後身體狀況：□ 穩定 □ 惡化 □ 垂危**  |
| 24、**＊過去精神疾病史：□ 不詳 □ 無 □ 有，診斷病名： □ 酒癮 □ 藥（毒）癮** |
| 25、**＊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  |
| 26.其他補充資訊說明： |
| **＊轉介來源(必填)：****轉介機關（構）：　　　　　　　　　　轉介人員：　　　　　　　　　單位主管：****電　　 話：　　　　　　　　　　傳　　真：** **轉介日期： 年 月 日** |

**接受轉介單後3個工作天內會回覆轉介機關（構）評估收案與否。**

傳真後，請電至花蓮縣心理衛生中心確認

傳真電話：03-8351887

聯絡電話：03-8351885

夜間及假日緊急聯絡電話：03-8233251