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