

## 臺中市政府衛生局自殺高風險個案轉介單

說明：緊急案件，請直接撥打110報案，由警政機關勤務指揮中心啟動緊急救援機制，以掌握救援的時效性。

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：

- 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： 是  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： 有，目前從事\_\_\_\_\_  無，失業多久\_\_\_\_\_

12、戶籍住址：\_\_\_\_\_

13、\*居住住址：\_\_\_\_\_

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) |
| <input type="checkbox"/> 過去或現在罹患憂鬱症 | <input type="checkbox"/> 非憂鬱症精神疾病：_____ |                                    |

<p>(3) 工作/經濟</p> <p><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</p>																																															
<p>(4) 生理疾病</p> <p><input type="checkbox"/> 久病不癒      <input type="checkbox"/> 非久病不癒疾病因素</p>																																															
<p>(5) 校園學生問題</p> <p><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</p>																																															
<p>(6) 兵役問題</p> <p><input type="checkbox"/> 兵役因素</p>			<p>(7) 其他</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</p>																																												
			<p>(8) 不詳</p> <p><input type="checkbox"/> 不詳</p>																																												
<p>(9) 不願說明或無法說明</p> <p><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</p>																																															
<p>23、*有無其他人一起自殺：<input type="checkbox"/> 有(關係：_____ )      <input type="checkbox"/> 無</p>																																															
<p>24、*自殺後身體狀況：<input type="checkbox"/> 穩定      <input type="checkbox"/> 惡化      <input type="checkbox"/> 垂危</p>																																															
<p>25、*過去精神疾病史：<input type="checkbox"/> 不詳      <input type="checkbox"/> 無      <input type="checkbox"/> 有，診斷病名：_____      <input type="checkbox"/> 酒癮      <input type="checkbox"/> 藥(毒)癮</p>																																															
<p>26、*個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員訪視、轉介服務：<input type="checkbox"/> 是      <input type="checkbox"/> 否</p>																																															
<p>27、*轉介機關(構)個案處置情形：</p> <p>◎是否已開案？<input type="checkbox"/> 是，已提供_____服務      <input type="checkbox"/> 否_____</p> <p>◎轉介後，是否繼續服務個案？<input type="checkbox"/> 是_____      <input type="checkbox"/> 否_____</p> <p>◎希望衛生機關對個案提供何種服務？<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_____</p> <p>◎檢附相關評估表供參<input type="checkbox"/> 有_____      <input type="checkbox"/> 無_____</p>																																															
<p>28、*測量簡式健康量表(BSRS)結果：</p> <p>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)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>不會</th> <th>輕微</th> <th>中等程度</th> <th>嚴重</th> <th>非常嚴重</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2. 感覺緊張或不安</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3. 覺得容易苦惱或動怒</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4. 感覺憂鬱、心情低落</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5. 覺得比不上別人</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>★有自殺的想法</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>							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
	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																																										
<p>請填寫檢測結果：1-5題總分：_____分，★自殺想法：_____分</p>																																															
<p>1.1 至 5 題之總分：</p> <p>(1) 得分0~5分：身心適應狀況良好。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 得分10~14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮詢或接受專業諮詢。</p> <p>(4) 得分&gt;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。</p>																																															
<p>2. ★「有無自殺想法」單項評分：</p> <p>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。</p>																																															
<p>29. *高自殺風險個案條件：(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 再自殺個案</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 個案陳述有具體自殺計畫(包含明確的時間與自殺方式)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 65歲以上獨居、無家庭、社會支持薄弱或久病不癒之老人</p>																																															

30. 其他相關資訊：

- 危機情境(倘若個案有立即性之危險，請先行通報警消協助處理，爭取時效，降低個案風險)
 重複自殺(曾進行之自殺方式：\_\_\_\_\_自殺次數：\_\_\_\_\_) 有具體自殺計畫(自殺方式：\_\_\_\_\_)
 嚴重情緒困擾 精神/心理疾病(病名：\_\_\_\_\_)
 重大失落事件

具體描述：

- 需協助事項(本中心主要提供服務為心理層面之關懷輔導，主要內容為關懷訪視，如有其他面向需求請轉介至相關單位，家暴性侵-家暴中心、經濟弱勢補助-社會處、兒少相關-教育處與社會處、就業問題-勞工處)：
 定期諮詢 醫療資訊提供 情緒支持 正向疏導 心理輔導

具體說明：

● 個案評估

家系圖 (家庭主要成員)	個案問題摘要

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	<p><b>1、評估結果：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 收案：</p> <p>(1) 開案日期： 年 月 日</p> <p>(2) 協助事項：(可複選)</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 未收案：(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估收案與否。</p> <p><input type="checkbox"/> 個案失聯，請確認行蹤後再轉介。</p> <p><input type="checkbox"/> 聯絡資料錯誤，請確認並更正後再轉介。</p> <p><input type="checkbox"/> 不符轉介標準，請 責機關(構)持續關懷，必要時再轉介。</p> <p><input type="checkbox"/> 個案主要訴求非衛生機關(構)之服務項目。</p> <p><input type="checkbox"/> 考量個案需求，以原轉介機關(構)繼續提供服務為佳。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他原因：_____</p> <p><b>2、其他建議處置或補充說明：</b>_____</p>		
	評估人員：	單位主管：	
電 話：	傳 真：		