**自殺防治 個案轉介單**

註1.\*表示必填欄位

註2.若個案已有實際自殺行為，請改填自殺通報關懷單(無需填寫本轉介單)

|  |  |
| --- | --- |
| 轉介者注意事項 | 1.轉介前請務必告知個案（或聯絡人）將被轉介至自殺防治中心或衛生局(社區關懷人員)。2.若為緊急案件，請轉介單位務必傳真後主動來電說明。3.若轉介單位係透過第三人獲悉並未實際接觸個案，請務必於確認及評估實際案情後再行轉介。 |
|  基 本 資 料  | 姓 名\* |  | 生日 | 民國 年 月 日 | 性 別 | □男 □女 |
| 身分證字號\* |  | 電話\* |  | 健 保 |  □有 □無 |
| 福利身分別 |  | □身心障礙別：障別： 程度：  |
| 居住地址\* |  |
| 緊急聯絡人 |  | 與個案之關係 |  | 電話 |  |
|  |  |  |
| 個案問題描述\* | □感情問題 □人際問題(□夫妻問題 □家人問題 □同儕問題) □物質濫用 □精神/心理疾病□經濟問題 □工作問題 □學業壓力 □法律問題 □重大失落事件 □生理疾病問題 □其他摘述： |
| 自殺風險初評\* | 請圈選 □簡式健康量表（BSRS-5）：1-5題總分大於15分且自殺想法大於2分。◎最近 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** |

 |
| □ 個案曾有自殺行為(最近一次自殺日期： 自殺方式： )□ 個案最近一個星期陳述有具體自殺計畫（包含明確的時間與自殺方式） |
| 轉介單位： | 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 個案姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 受轉介日期 | 年 月 日 | 回覆日期 | 年 月 日 |
| 回覆處理情形 | 1、評估結果：□ 開案：（1）開案日期： 年 月 日 （2）協助事項：（可複選）□ 關懷訪視與追蹤評估 □ 轉介精神醫療 □ 安排心理諮商□ 其他： □ 個案資料不足或錯誤導致無法聯繫，請 貴機關（構）確認後再行轉介。□ 因 貴機關（構）無法提供資料或表示無須聯繫，故無法進行評估。□ 考量個案需求實非本中心權責所能提供，惠請 貴機關（構）持續提供既有服務或轉介其他合適單位。□ 其他： 2、其他處遇建議或補充說明： |
| 評估人員： 單位主管：電 話：(02)23212730轉 傳 真：(02)23212731 |