

### 臺南市政府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： <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： 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"/> 重大失落因素：_____ |
| <input type="checkbox"/> 同儕關係因素  | <input type="checkbox"/> 職場人際關係因素 | <input type="checkbox"/> 其他人際關係因素 |                                       |

(2) 精神健康/物質濫用

- 憂鬱傾向                      非憂鬱傾向精神心理健康問題                      物質濫用(酒、藥)
- 過去或現在罹患憂鬱症                      非憂鬱症精神疾病：\_\_\_\_\_

(3) 工作/經濟

- 非人際關係職場因素                      失業經濟因素                      債務經濟因素                      非失業及債務經濟因素

(4) 生理疾病

- 久病不癒                      非久病不癒疾病因素

(5) 校園學生問題

- 非人際關係學校適應問題                      校園學生的生涯規劃因素

(6) 兵役問題

- 兵役因素

(7) 其他

- 其他：\_\_\_\_\_

(8) 不詳

- 不詳

(9) 不願說明或無法說明

- 個案(家屬)不願說明                      個案因身體狀況無法說明

23、\*有無其他人一起自殺：有(關係：\_\_\_\_\_ )                      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<br>(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<br>評估狀況(內容)：   |      |       |
|                     | 2、 <input type="checkbox"/> 開案：開案日期： 年 月 日<br>協助事項：(可複選)<br><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<br><input type="checkbox"/> 其他：_____  |      |       |
|                     | <input type="checkbox"/> 不開案：(可複選)<br><input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估收案與否。<br><input type="checkbox"/> 個案失聯，請確認行蹤後再轉介。<br><input type="checkbox"/> 聯絡資料錯誤，請確認並更正後再轉介。<br><input type="checkbox"/> 不符轉介標準，請 貴機關(構)持續關懷，必要時再轉介。<br><input type="checkbox"/> 個案主要訴求非衛生機關(構)之服務項目。<br><input type="checkbox"/> 考量個案需求，以原轉介機關(構)繼續提供服務為佳。<br><input type="checkbox"/> 其他原因：_____ |      |       |
| 3、其他建議處置或補充說明：_____ |  |      |       |

|  |                       |
|--|-----------------------|
|  | <p>評估人員：<br/>電 話：</p> |
|--|-----------------------|

|  |                       |
|--|-----------------------|
|  | <p>單位主管：<br/>傳 真：</p> |
|--|-----------------------|