

## 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： 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：\_\_\_\_\_ 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

(7) 其他

(8) 不詳

兵役因素 其他：\_\_\_\_\_ 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，建議尋求心理諮詢或接受專業諮詢。
- (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 (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 評估狀況(內容)：		
	2、 <input type="checkbox"/> 開案：開案日期： 年 月 日 協助事項：(可複選) <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：_____		
	<input type="checkbox"/> 不開案：(可複選) <input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估收案與否。 <input type="checkbox"/> 個案失聯，請確認行蹤後再轉介。 <input type="checkbox"/> 聯絡資料錯誤，請確認並更正後再轉介。 <input type="checkbox"/> 不符轉介標準，請 貴機關（構）持續關懷，必要時再轉介。 <input type="checkbox"/> 個案主要訴求非衛生機關（構）之服務項目。 <input type="checkbox"/> 考量個案需求，以原轉介機關（構）繼續提供服務為佳。 <input type="checkbox"/> 其他原因：_____		
	3、其他建議處置或補充說明：_____		

	評估人員： 電 話：	單位主管： 傳 真：
--	---------------	---------------