

自殺防治通報轉介作業流程

通報單位於接獲民眾通報或發現自殺個案時，需於二十四小時內填具「自殺暨高危險群個案通報單」（附件二）並通報至縣市衛生局，由縣市衛生局統一派員（**個案身份為學生者除外，見說明 1、2**）訪視個案並填寫「自殺個案訪視記錄暨轉介回復表」（附件三）。

說明：

1. 由於教育單位已有其運行之個案管理系統，因此，若發現學生自殺個案，衛生單位於第一時間僅需執行資料登錄動作並將個案情況轉知當地教育單位聯絡人，使學生個案能在教育單位個案管理體系中接受服務。
2. 衛生單位於此類個案中不需主動介入，僅需扮演醫療資源提供者及轉介者角色。

縣市衛生局所派之訪員需於接獲衛生局通報單一週內（個案身體狀況不佳者除外）填具「自殺個案訪視記錄暨轉介回復表」並回報縣市衛生局承辦人員。

縣市衛生局承辦人員需於接獲訪員「自殺個案訪視記錄暨轉介回復表」二日內，將個案轉介至其他單位接受服務或由訪員持續追蹤。

若原受衛生局轉介單位“A”，經評估個案情形後，認為該個案需再轉介至其他單位“B”接受服務，則請單位“A”於填寫「自殺個案訪視記錄暨轉介回復表」後直接（**需於個案同意下**）轉介至其他單位“B”，並副知衛生局承辦人員。

各受轉介單位（包含“A”及“B”），皆須於接獲轉介單**兩週內**，將處理情形填於「自殺個案訪視記錄暨轉介回復表」，並回報縣市衛生局承辦人員。

自殺防治通報作業相關表單使用說明

自殺暨高危險群個案通報單

（1）本通報表適用於任何單位及民眾。（2）若通報單位為醫療單位，（3）請針對（4）自殺個案，（5）除提供醫療救治外，（6）依院內自殺個案處理流程辦理，（7）並請就所瞭解的資料，（8）盡量協助填寫。（9）填寫後請傳真至縣市衛生局自殺防治業務承辦人員，（10）再由衛生局人員依個案需求提供相關協助。（11）此項通報的目的乃為了自殺行為發生者之後續追蹤及自殺防治，（12）敬請尊重個案之隱私權，（13）堅守保密原則，（14）並配合自殺防治之時效性。

自殺個案訪視暨轉介回覆表

(15) 訪員需於接獲衛生局通報單一週內上網(系統上線後)填具「(16) 自殺個案訪視暨轉介回覆表」，(17) 由衛生局人員依個案需求提供相關協助。(系統上線前，(18) 依各縣市規定採用傳真或電子郵件傳送)(19) 本表轉介部分為經縣市衛生局派員訪視(電訪/家訪)，(20) 並經評估個案情形及個案同(21) 意後填寫。(22) 填寫轉介項目時應就所知資訊盡量填寫，(23) 俾利受轉介單位為個案提供適當之服務(24) (25) 本表單供任何接受衛生局自殺個案轉介之單位填寫，(26) 為確保自殺個案接受到適當服(27) 務，(28) 請各單位配合填寫本表單，(29) 並於接獲本表**兩週內**，(30) 填具完畢並回報縣市衛生局承辦人員。(31) 若原受衛生局轉介單位' A'，(32) 經評估個案情形後，(33) 認為該個案需再轉介至其他單位' B' 接受服(34) 務，(35) 則請單位' A' 於填寫「(36) 自殺個案轉介單」(37) 後直接轉介至其他單位' B'，(38) 並副知衛生局承辦人員。(39) 各受轉介單位(包含' A' 及' B')，(40) 皆須於接獲轉介單**兩週內**，(41) 填具「(42) 受轉介回覆單」(43) 回報縣市衛生局承辦人員。

自殺暨高危險群個案通報單 自殺個案 高危險群個案

通報單位：		通報人簽名：	
聯絡電話：傳真：通報日期：			
1. 個案姓名：		2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
3. 身分證字號： 4. 個案年齡：			
5. 聯絡電話：		6. 手機號碼：	
7. 聯絡地址：			
8. 主要聯絡人姓名：		9. 與個案關係：	
10. 聯絡電話：		11. 手機號碼：	
12. 自殺行為發生日期：年月日			
13. 自殺方式： <input type="checkbox"/> 服藥（安眠藥、鎮定劑） <input type="checkbox"/> 喝農藥 <input type="checkbox"/> 服用化學物質（清潔劑） <input type="checkbox"/> 用利器自戕 <input type="checkbox"/> 上吊 <input type="checkbox"/> 投水 <input type="checkbox"/> 跳樓 <input type="checkbox"/> 自焚 <input type="checkbox"/> 燒炭 <input type="checkbox"/> 一氧化碳中毒（使用瓦斯或汽車廢氣） <input type="checkbox"/> 舉槍自殺 <input type="checkbox"/> 咬舌 <input type="checkbox"/> 其他			
14. 自殺原因（複選）			
<input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 非失業經濟因素 <input type="checkbox"/> 男女朋友情感因素 <input type="checkbox"/> 家人情感因素（ <input type="checkbox"/> 個案是否平時就與家人感情不睦） <input type="checkbox"/> 非以上兩類人際關係因素 <input type="checkbox"/> 憂鬱傾向 <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 有憂鬱症病史） <input type="checkbox"/> 患有非憂鬱症精神疾病 <input type="checkbox"/> 久病不癒 <input type="checkbox"/> 物質濫用（酒、藥癮） <input type="checkbox"/> 工作壓力 <input type="checkbox"/> 課業壓力 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他			
15. 自殺後狀況： <input type="checkbox"/> 無礙 <input type="checkbox"/> 穩定 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 垂危 <input type="checkbox"/> 死亡			
16. 過去精神病史： <input type="checkbox"/> 有，診斷病名 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳			
17. 過去自殺次數：次 <input type="checkbox"/> 不詳		18. 再自殺可能性： <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 無法評估	
19. 個案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			
20. 處置情形：			
<input type="checkbox"/> 經護送前往（醫療院所）診治 <input type="checkbox"/> 病情過重，轉往（醫療院所）診治 <input type="checkbox"/> 個案辦理自動出院 <input type="checkbox"/> 個案拒絕就醫診治，由相關人員協助勸導。 <input type="checkbox"/> 補述：			

本通報表適用於任何單位及民眾。

若通報單位為醫療單位，請針對自殺個案，除提供醫療救治外，依院內自殺個案處理流程辦理，並請就所瞭解的資料，盡量協助填寫。

填寫後請傳真至縣市衛生局自殺防治業務承辦人員，再由衛生局人員依個案需求提供相關協助。

此項通報的目的乃為了自殺行為發生者之後續追蹤及自殺防治，敬請尊重個案之隱私權，堅守保密原則，並配合自殺防治之時效性。

_(縣)市自殺個案轉介回復表

個案編號		分案日期	年月日
訪員		初訪日期	年月日
一、基本資料			
1. 個案姓名：		2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
3. 個案年齡：（出生：年月日）		4. 聯絡電話：	
5. 手機號碼：		6. 聯絡地址：	
7. 個案是否為原住民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
8. 備註：			
二、轉介會辦處理			
1. 轉介日期：年月日		2. 個案是否為學生： <input type="checkbox"/> 是，學校 <input type="checkbox"/> 否	
3. 擬轉介照會之單位（可複選） <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 教育局 <input type="checkbox"/> 就服中心 <input type="checkbox"/> 社會局 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 其他			
4. 轉介照會目的（可複選） <input type="checkbox"/> 追蹤個案心理狀態 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 職訓、輔導就業 <input type="checkbox"/> 學生輔導 <input type="checkbox"/> 社會救濟 <input type="checkbox"/> 其他社會資源提供 <input type="checkbox"/> 其他			
三、受轉介單位辦理情形			
1. 回報人：		2. 回報日期：年月日	
3. 回報單位：		4. 聯絡電話：	
5. 傳真：			
6. 處理情形摘要			
第一次訪視情形摘要			
1. 訪視日期：年月日 2. 訪視方式： <input type="checkbox"/> 家訪 <input type="checkbox"/> 電訪			
3. 訪視處置建議： <input type="checkbox"/> 需持續追蹤訪視 <input type="checkbox"/> 轉介醫療院所處置 <input type="checkbox"/> 轉介其他單位 <input type="checkbox"/> 結案			
4. 個案狀況： <input type="checkbox"/> 狀況穩定 <input type="checkbox"/> 仍須持續追蹤			
5. 補述：			
第二次訪視情形摘要			
1. 訪視日期：年月日 2. 訪視方式： <input type="checkbox"/> 家訪 <input type="checkbox"/> 電訪			
3. 訪視處置建議： <input type="checkbox"/> 需持續追蹤訪視 <input type="checkbox"/> 轉介醫療院所處置 <input type="checkbox"/> 轉介其他單位 <input type="checkbox"/> 結案			
4. 個案狀況： <input type="checkbox"/> 狀況穩定 <input type="checkbox"/> 仍須持續追蹤			
5. 補述：			

簡式健康表(BSRS-5)

姓名：_____ 性別：_____

教育程度：_____ 聯絡電話：_____

出生日期：____年____月____日 填表日期：____年____月____日

說明：本量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

完沒 輕 中程 屬 非屬

全有 微 等度 害 常害

睡眠困難, 譬如難以入睡、易醒或早醒.....0 1 2 3 4

感覺緊張不安.....0 1 2 3 4

覺得容易苦惱或動怒.....0 1 2 3 4

感覺憂鬱、心情低落.....0 1 2 3 4

覺得比不上別人.....0 1 2 3 4

*6. 有自殺的想法..... 0 1 2 3 4

(附註：* 本題為附加題，視實際需要而定)

簡式症狀表(BSRS-5)使用說明

李明濱 台大醫學院精神科教授

簡式症狀表(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5)主要在做為精神症狀之篩選表，目的在於能迅即瞭解個人之心理照護需求，並預估提供心理衛生服務之專業人力；BSRS-5 原設計為一自填量表，但也可經由電話訪談，因此對於認識中文字或聽懂中文發音者均能適用。本量表共包含 5 個題目，分別測量焦慮、憤怒、憂鬱、自卑與失眠等常見之心理困擾嚴重度；每個題目之評分為 0-4 分，0：完全沒有、1：輕微、2：中等程度、3：厲害、4：非常厲害。總分為 0~20 分，使用時其區辨精神疾患之最佳切割點為 6 分，將總分(症狀或心理困擾之嚴重度)分為下列幾個等級：

- 1) <6 分：一般正常範圍；
- 2) 6-9 分：輕度；
- 3) 10-14 分：中度；
- 4) 15 分以上：重度。

針對自殺防治用途時(譬如失業登記，生命線同仁使用…)，可加入附加題第六題，詢問自殺想法，計分同原五題。但本附加題參考，不列入 5 題之總分中。據臨床研究與實務經驗，建議輕度困擾者，應考慮心理諮商或找好友談談，抒發情緒，探討是否與壓力有關，若與壓力有關則需學壓力管理技巧。10 分以上者建議接受專業諮詢，探討是否需進一步之輔導或精神科專業治療。本量表只做為自我檢測及大規模對象施例之用，其評分結果亦僅做為個人或專業醫療團隊之參考，並非做為診斷之用，更重要的是應避免不必要之標籤化或污名化效應。

彰化縣衛生局 傳真：04-7124557