

表 1-3 参加重性精神疾病管理治疗网络知情同意书

患者姓名：_____ 性别：_____ 出生年月（公历）：_____年____月____日

现住址：_____省(自治区、直辖市)_____市(地、州、盟)_____县(市、区)_____街
道(乡、镇)_____社区(村)_____号

诊断：_____

知情同意书签字人姓名：_____与患者关系：患者本人 监护人 亲属_____

知情同意书签字人现住址：_____省_____

联系电话：_____

本人（代表患者）同意下列事项：

① 为有利于今后得到连续性的治疗和康复，同意加入居住地的重性精神疾病管理治疗网络，并接受社区卫生服务中心和社区卫生服务站（乡镇卫生院和村卫生室）的随访和康复指导。

② 同意由社区卫生服务中心和社区卫生服务站（或者乡镇卫生院和村卫生室）收集相关信息。授权医院将住院期间诊疗情况、治疗方案及在社区/乡镇康复措施建议等事项，以《重性精神疾病患者出院信息单》的书面形式，转至居住地的精防机构以及社区卫生服务中心和社区卫生服务站（或者乡镇卫生院和村卫生室）。

③ 患者登记加入重性精神疾病管理治疗网络，有权接受居住地精防机构以及社区卫生服务中心和社区卫生服务站（或者乡镇卫生院和村卫生室）的随访和康复指导。

④ 患者登记加入重性精神疾病管理治疗网络，其个人信息及有关重性精神疾病的治疗、康复、随访等信息将受到隐私保护，所有信息只用于提供服务。

以上《参加重性精神疾病管理治疗网络知情同意书》内容，本人已仔细阅读并理解，获得了充分的知情同意权。为此，本人自愿做出以下选择，并签字。

() 同意参加社区网络管理

() 不同意参加社区网络管理，但同意定期前往精神科门诊复诊

() 不同意参加社区网络管理，也不同意前往精神科门诊复诊

签字人(签名)：_____

签字时间：_____年____月____日