

表 1-8 重性精神疾病应急医疗处置知情同意书

接受应急医疗处置人员姓名：_____性别：_____年龄：_____

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

应急医疗处置单位(全称)：_____

根据目前所掌握的资料，现对患者提出如下医学意见(在相应处填写或划“√”)：

① 该人员为(疾病名称)_____疾病的
(患者 疑似患者)，由于(已经 可能)出现(危险行为 自伤自杀行为 严重或急性药物不良反应 药物过量)，(已经 将给)本人或他人的身体、财物造成损失，需要通过医疗措施予以制止或避免。

② 根据现场情况判断，必需立即对该人员采取(现场临时性应急医疗处置 精神科门诊留观 精神科紧急住院治疗)措施。一旦病情得到控制，对本人或他人的危险基本消除，这种措施将予以解除。

③ 以上医学意见已送达该人员的(监护人 家属)；因客观原因(注明原因：_____)，本医学意见不能立即送达该人员监护人(家属)，则由公安机关现场执行公务的人员签字证实。

精神科执业医师(1)：_____时间：_____年____月____日____时

精神科执业医师(2)：_____时间：_____年____月____日____时

监护人(家属)意见：_____

监护人(家属)签名：_____

联系电话：_____时间：_____年____月____日____时

参与现场处理的公安机关名称(全称)：_____

公安机关公务人员签字：_____警号：_____

联系电话：_____时间：_____年____月____日____时