

表 1-9 重性精神疾病应急医疗处置记录单

应急医疗处置单位：_____

患者姓名	性别	年龄	患者编号（非本地患者填身份证号）
第一处置地点			
报告人		报告时间	
报告途径		报告人身份 (划√)	监护人 亲属 目击者 警察 社区管理者 其他
处置开始时间		处置结束时间	
现场情况简要描述 (包括患者当时的表现、人员财产损失、大致处置过程等情况)			
执行人员	精神科医师 1: _____ 精神科护士 1: _____ 精神科医师 2: _____ 精神科护士 2: _____ 公安机关名称: _____ 签字人: _____		
处置缘由 (划“√”)	①轻度滋事 ②肇事肇祸 ③其他危险行为 ④自伤自杀行为 ⑤急性或严重药物不良反应 ⑥其他情况: _____		
主要处置措施 (划“√”)	① 现场临时性处置 ② 精神科门诊/急诊留观 ③ 精神科紧急住院 ④ 会诊 ⑤ 其他: _____		
诊断	① 确定诊断: _____ ② 疑似诊断: _____		
处置性质	①自愿治疗 ②保护性治疗 ③强制性治疗		
资料移交	①精神科门诊 ②精神科住院部 ③同级精防机构 ④基层医疗卫生机构		
处置效果	①有效 ② 部分有效 ③ 无效		
处置对象来源	①当地常住, 已经纳入重性精神疾病管理治疗 ②当地常住, 没有纳入重性精神疾病管理治疗 ③非本地常住居民		
费用支付方式	①自费 ②免费		

填报人: _____

填报时间: _____年____月____日