

临沂市精神卫生中心

关于调整应急医疗组的通知

各部门、各科室：

根据“中央补助地方卫生经费重性精神病管理治疗项目”即“686”项目的任务分配要求，我院承担兰山区、河东区、罗庄区、高新区的应急医疗处置工作，同时按照国家《重性精神疾病管理治疗规范 2009 版》、国家《重性精神疾病管理服务规范 2011 版》的要求，我院要规范开展此项工作，必须成立应急医疗处置组。我院已于 2011 年初，组建“临沂市精神卫生中心公共精神卫生应急医疗处置组”。依据《国家基本公共卫生服务规范（山东 2017 年版）》、《严重精神障碍管理治疗工作规范（2018 年版）》的要求，为适应新的形势并根据我院实际，现对于该组织成员作出调整。

应急医疗处置组：

组 长	唐振坤	副院长	主任医师
副组长	王相立	医务科长	主任医师
	毛西高	医务科副科长	副主任医师
成 员	胡乃启	精神科一病区主任	主治医师
	宋长海	精神科二病区副主任	副主任医师
	常桂花	精神科三病区副主任	主治医师
	陈明晓	精神科六病区副主任	主治医师
	孟宪礼	精神科七病区主任	主任医师
	潘 虹	精神科九病区主任	主治医师
	崔付新	临床心理科二病区副主任	主治医师
	李金霞	临床心理科三病区医师	主治医师
	王丽丽	临床心理科六病区副主任	主治医师
	王伟	急救车队长	

应急医疗处置组设办公室，办公室设在医务科，王相立兼任办公室主任，联系电话：

2987792, 2988120。

附件 1：严重精神障碍应急医疗处置知情同意书

附件 2：严重精神障碍应急医疗处置记录单

临沂市精神卫生中心

2019 年 7 月 25 日

表1 严重精神障碍应急处置知情同意书

接受应急处置人员姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

现住址：_____省（自治区、直辖市）_____市（地、州、盟）_____县（市、区、旗）
_____乡镇（街道）_____村（居）委员会_____号

应急处置单位（全称）：_____

1. 根据目前所掌握的资料，现对患者提出如下意见（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（自伤自杀行为 危害公共安全或他人行为 精神状况明显恶化 严重或急性药物不良反应 其他_____），（已经 将要）给本人或他人的身体、财物造成损失，需要通过应急措施予以制止或避免。

②根据现场情况判断，必须立即对该人员采取（现场临时性应急处置 精神卫生医疗机构治疗）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。

2. 以上意见送达情况（在相应处填写或划“√”）：

①已送达该人员的（监护人 家属）；

②不能立即送达该人员的监护人/家属（注明原因：_____），由公安机关现场执行公务的人员签字证实。

监护人（家属）意见（划“√”）： 同意应急处置 不同意应急处置

监护人（家属）签名：_____

联系电话：_____ 时间：_____年____月____日____时

告知人：_____

单位：_____

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

表 2 严重精神障碍应急处置记录单

应急处置单位：_____

姓名		性别 (划“√”)	①男 ②女
年龄		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“√”)	①监护人 ②亲属 ③目击者 ④警察 ⑤社区管理者 ⑥其他_____
处置开始时间	____年__月__日__时	处置结束时间	____年__月__日__时
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)			
参与处置人员	公安机关人员：_____ (单位：_____) 精防人员：_____ 精神科医师：_____ 精神科护士：_____ 其他人员：_____		
处置缘由 (划“√”)	①自伤自杀行为 ②存在自杀自伤行为的危险 ③危害公共安全或他人安全的行为 ④存在危害公共安全或他人安全的危险 ⑤病情复发，精神状况明显恶化 ⑥急性或严重药物不良反应 ⑦其他：_____		
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：_____		
处置效果 (划“√”)	①有效 ②部分有效 ③无效		
处置对象类别 (划“√”)	①当地常住，已经纳入管理 ②当地常住，已登记建档但未纳入管理 ③当地常住，未登记建档 ④非本地常住居民		

填表人：_____

填表时间：____年__月__日

