

說明

第7.1版

由精神健康官（MHO）向蘇格蘭精神健康法庭提出強制治療令的申請。

並沒有法定要求您使用這份表格，但我們強烈建議您這樣做。

本表格特別提出了《2003年蘇格蘭精神健康（護理與治療）法案》中的一些程序性要求。不遵守程序要求可能會令申請失效。

若並非用電子方式填寫本表格，為確保資料的準確性，請遵守以下慣例：

使用正楷字體，並用黑色或藍色墨水清晰地填寫在空格內

例如

如此在圓圈中畫陰影->

而並非像這樣 ->

2	5		M	A	R	K	E	T		S	T
---	---	--	---	---	---	---	---	---	--	---	---

當文本框的左側有一個參考編號時，如果方框中沒有足夠的空間，您可以在白紙上繼續擴展您的答案。附加的紙張應明確標註患者的姓名和CHI編號，並且在每個擴展的答案中應標註相應的文本框參考編號並附在申請表末尾。

請勿從表格中影印更多份副本 - 這會在精神福利委員會導致掃描的困難。

患者詳情

CHI編號

[illegible]

姓

[illegible]

名

[illegible]

其他/被稱為

[illegible]

稱呼

「其他/被稱為」可包括患者希望被稱為的任何名字/別名。

--	--	--	--	--	--	--	--	--

性别

☐ 男 ☐ 女 ☐ 不願透露 ☐ 未列出

出生日期

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

日/月/年

如「未列出」，請說明

--

患者的家庭地址

[illegible]

郵區編號

--	--	--	--	--	--	--

<< 如無固定住所，請輸入NF1 1AB。

患者的通訊地址為：

- 上述的家庭地址
- 被扣留的醫院/病房（在文本框中填寫）
- 其他地址（在文本框中填寫）

社工參考號 (如適用)

[illegible]

由精神健康官 (MHO) 填寫

[illegible][illegible]

例如：格拉斯哥市、愛丁堡市、蘇格蘭邊境高地等。可省略「議會」字樣

根據需要填寫A、B、C或D

- [illegible]

日期

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

B ○ 患者目前受到該法案授權的強制權力的約束：

日期

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

[illegible]

- [illegible]

D ○ 患者目前不受該法案強制權力的約束，並且目前居住在社區。



由精神健康官 (MHO) 填寫

姓名稱呼

醫學總會（GMC）編號

[illegible][illegible][illegible][illegible]

- 患者沒有指名人士
- 患者確實有指名人士 - 詳情如下

姓 名 稱 呼 地 址																												
郵 區 編 號																												

[illegible]

第1部分 - 聯絡方式記錄

由精神健康官（MHO）填寫

主要照顧者、宣導工作者、福利受權人、福利監護人

請輸入全名和地址，包括已知的聯絡電話和電子郵件地址。

患者的主要照顧者（如有）

患者的宣導工作者（如適用）

患者的福利受權人（如適用）（見說明）

患者的福利監護人（如適用）（見說明）

說明

「福利授權人」是指根據《2000年蘇格蘭無行為能力成年人法》（第4部分）第16條授權、並根據該法第19條註冊以此身份行事的個人。

「監護人」是指根據《2000年蘇格蘭無行為能力成年人法》（第4部分）被任命為監護人的人，該人憑藉該法第64(1)(a)或(b)條對一個人的個人福利擁有權力。

與申請相關的其他人員的聯絡方式記錄

如果本表格或精神健康報告中沒有提供與本申請相關的其他人的姓名和地址，並且蘇格蘭精神健康法庭可能希望聽取他們的證據，請提供這些人的姓名和地址（包括電話號碼和電子郵件地址），例如：患者的全科醫生（GP）。也應記錄任何應被邀請參加聽證會的其他人。

訴訟保佐人 (Curator Ad Litem)

如果您認為患者需要訴訟保佐人，請在此註明並說明理由。

通知

我確認，我已通知以下各方，該強制治療令申請應在提出申請的義務產生後儘快提出：

在適當的選項處畫陰影

- ☐ 患者
- ☐ 患者的指名人士（如有）
- ☐ 精神福利委員會 (The Mental Welfare Commission)
- ☐ 蘇格蘭部長（當患者受到醫院指示或轉院治療指示時）

注意：如果授權執業醫師的精神健康報告（表格CTO 2）指出不應根據法案第57(5)(C)(i)條的授權向患者發出通知，則無需向患者發出通知，除非精神健康官（MHO）認為這樣做是適當的。

以上各方均已於以下日期前收到通知：

日期:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

通知精神福利委員會：申請書副本不應作為通知發送。發送給患者的信件副本就足以達到此目的。

精神健康官（MHO）報告

根據法案第61條的規定

根據第61(2)條的規定

我已經遵守法案第61(2)條的要求，並且已經：

在a至e中用畫陰影的方式確認

- ☐ a) 在可行的情況下對患者進行訪談；
- ☐ b) 告知患者其與該申請相關的權利；
- ☐ c) 告知患者可獲得獨立的宣導服務；
- ☐ d) 採取適當措施確保患者有機會利用這些服務；並且
- ☐ e) 告知患者將提出此項申請。

如果您無法對患者進行訪談，請詳細說明為何無法進行訪談。

1

請詳細說明您為符合上述 a) - e) 所採取的步驟

2

患者的個人狀況詳情

請提供與本申請相關的患者個人情況的詳情。

3

精神健康官（MHO）對精神健康報告的看法

請對您在本此申請中提交的兩份精神健康報告發表意見。

說明：這涉及您對精神健康報告的內容相對於法案第57(4)(a)(b)和(e)條的看法，以及報告的所有其他重要方面（例如，醫療報告是否明確地符合法律要求；報告是否存在任何問題？）

對授權執業醫師的報告的意見

4

對第二位執業醫師的報告的意見

5

事先聲明**根據需要填寫A或B**

A ☐ 據我所知，患者已經根據法案第275條的條款作出了事先聲明，並且沒有撤回該聲明。

在適當的情況下，事先聲明的副本應附於本申請中。如果無法附上事先聲明的副本，請在以下提供該事先聲明中列出的詳情。請註明事先聲明的日期。

6**或**

B ☐ 據我所知，患者並未根據法案的條款做出事先聲明。

其他相關資訊

請提供您認為與蘇格蘭精神健康法庭對此申請的裁定相關的、且未包含在這些文件其他地方的評估、訪談和諮詢中的任何其他資訊。

7

擬議的護理計劃

根據法案第62條的規定

第3a部分：簡介

我確認，在製定本擬議的護理計劃之前，我諮詢了提供患者精神健康報告的醫師（見下文說明），以及向患者提供以下服務的人。

- ☐ i) 精神障礙的醫療
- ☐ ii) 社區照護服務或相關服務
- ☐ iii) 其他治療、護理或服務

其類型與本護理計劃中所提議的相同。

若無法諮詢上述任何人士，請說明原因：

8

我確認，在製定本擬議的護理計劃之前，我諮詢了我認為合適的其他人員。這些人是：

9

我了解到，患者患有法案第328(1)條第 a)至 c) 款中規定的以下類型的精神障礙：

主要的ICD 11代碼

精神疾病	☐ 是	☐ 否									
人格障礙	☐ 是	☐ 否									
學習障礙	☐ 是	☐ 否									

請為存在的每種疾病輸入主要的 ICD 11 診斷代碼。

[點擊此處獲得ICD11代碼工具](#)

說明

根據法案第58條，後一次體檢必須在第一次體檢後的5天內完成；並且根據法案第57(7)條，精神健康官（MHO）必須在第二次體檢後的14天內提出強制治療令的申請。

為使強制治療令申請得以進行，兩份精神健康報告必須註明相同的強制措施。

第3a(1)部分：患者的需求

對於根據《1995年兒童法（蘇格蘭）》第 23(3) 條（患者為兒童）或《1968年社會工作法（蘇格蘭）》第 12A(1)(a)條進行的任何評估，患者的需求是什麼？（即社區護理評估）

10

第3a(2)部分：滿足患者需求所需的介入措施

3a(2)(a) 參考精神健康報告，應提供哪些形式的針對法案第329(1)條定義的精神障礙的醫療治療，以及治療目的，以滿足精神健康報告中確定的患者需求。

以強制性的方式？

11

以自願的方式？

12

3a(2)(b) 應向患者提供哪些社區護理服務、其他相關服務或其他形式的護理和治療或服務及其目標，以滿足患者的各項評估需求和其他需求

以強制性的方式？

13

以自願的方式？

14

第3a(3)部分：誰將實施滿足這些需求所需的干預措施**3a(3)(a)** 誰將提供3a(2)(a)中所述的醫療治療（包括提供該治療的人員的姓名以及提供治療的地址）？

15

3a(3)(b) 誰將提供 3a(2)(b) 中描述的服務，包括提供這些服務的人員的姓名、將提供治療的地址，以及將扣留患者的醫院的名稱和地址？如果授權採取扣留以外的其他措施，請提供負責為患者委派負責醫療官（RMO）的醫院名稱。

16

第3b部分：支持提議的證據

本部分給您機會來展示如何/為何得出此擬議的護理計劃第3a部分中的結論（請參閱頁腳的說明）。

本擬議的護理計劃第3a部分中列出的提議如何符合法案第1至3條中列出的立法原則？

17

對於第3a(2)和3a(3)部分列出的選項，還考慮了哪些替代方案？為什麼這些替代方案被認為不可行或不切實際？

18

如果上述第3a(2)和3a(3)部分所列的選項不起作用，有哪些應急計畫？

19

說明：

雖然不是法定的，但第3b部分要求的資訊對於協助蘇格蘭精神健康法庭根據法案第64和66條作出命令非常重要。

第3b部分：證據（續）

該擬議的護理計劃在多大程度上反映了患者在任何事先聲明或以其他地方表達的意願？如果這些願望中的任何一個沒有被尊重，那是為什麼呢？

20

在製定該護理計劃的過程中諮詢了誰？這個護理計劃提議在多大程度上反映了被諮詢者的意見？

21

在對患者進行評估和製定擬議的護理計劃時，如何考慮風險問題（對患者或他人而言）？

22

強制治療令申請

擬議的強制措施

根據精神健康報告、精神健康官的報告（第2部分）和擬議的護理計劃（第3部分），建議強制治療令應授權採取以下措施。

應在相關文本框中提供在申請時已知的進一步詳細信息

- (a) 將患者扣留在以下指定的醫院

[illegible]

- (b) 根據法案第16部分，為患者提供醫療

- (c) 要求患者參加：於指定的或指示的日期；或在指定的或指示的時間間隔、於指定的或指示的地點，以接受治療（包括在適當情況下的相關旅行），詳情如下：

23

- (d) 要求患者參加：於指定的或指示的日期；或在指定的或指示的時間間隔、於指定的或指示的地點，以接受社區護理服務、相關服務或任何治療護理或服務（包括在適當情況下的相關旅行），詳情如下：

24

- (e) 要求患者居住在指定的地點，詳情如下。

25

- (f) 要求患者允許任何以下相關方前往患者居住的地點對患者進行訪問。這些相關方包括：

- 患者的精神健康官 (MHO) ○患者的負責醫療官 (RMO) ○任何負責向患者提供醫療、社區護理服務、相關服務或任何治療、護理或服務的人士，並且上述工作必須獲得患者的負責醫療官授權。

- (g) 要求患者在任何計劃更改地址時，必須獲得精神健康官（MHO）的批准。

- (h) 要求患者在變更地址生效之前，必須將任何地址變更通知精神健康官（MHO）。

當命令授權除「將患者扣留在醫院」以外的措施，以下醫院的管理人員應有責任為該患者委派負責醫療官（RMO）。

醫院

[illegible]

在下方簽名，即表示您確認：

- 簽名/日期

--

The diagram illustrates the process of dividing a square into four smaller squares. It starts with a large square divided into four quadrants. This is followed by a smaller square divided into two halves, and finally, a single square divided into four smaller squares.

醫療記錄聯絡人的姓名、地址、電話號碼和電子郵件地址

--

執業醫師詳情 (續)

根據情況相應地填寫A或B

A ○ 本人，即第1頁所列的執業醫師，根據法案第22條獲得以下機構的批准：

衛生局 **NHS**

[illegible]

在精神障礙的診斷和治療方面具有特殊的經驗、資格和培訓。

我的醫學總會編號（GMC）是：

--	--	--	--	--	--	--

或

B ○ 我是一名全科醫生

請說明您對該患者的了解程度

1

○我證明，我沒有法規所定義的利益衝突

検査詳情

我對患者進行檢查的

日期
日/月/年

	/		/	
--	---	--	---	--

根據情況相應地填寫A或B

A ○ 與另一名提供精神健康報告的醫師分別進行

或

B 與以下人士進行聯合檢查：

姓名

另一名醫師

[illegible]

○ 患者同意接受聯合檢查，或

由於患者無能力做出有關聯合檢查的同意，因此在檢查之前已由以下人士同意進行本次聯合檢查：

○i) 患者的指名人士 (根據法案第250至253條提名)；

○ii) 監護人（見說明），根據《2000年法案》有權提供同意；

○iii) 福利受權人（見說明），根據《2000年法案》有充分的授權提供同意

姓名

提供同意的人士

[illegible]

說明

「監護人」是指根據《2000年蘇格蘭無行為能力成年人法》（第4部分）被任命為監護人的人，該人憑藉該法第64(1)(a)或(b)條對一個人的個人福利擁有權力。

「福利授權人」是指根據《2000年蘇格蘭無行為能力成年人法》（第4部分）第16條授權、並根據該法第19條註冊以此身份行事的個人，其中他們有給出同意的權利。

精神障礙診斷

該患者具有以下類型的精神障礙（見下文說明）：

主要的ICD 11代碼

精神疾病	☐ 是	☐ 否								
人格障礙	☐ 是	☐ 否								
學習障礙	☐ 是	☐ 否								

請為存在的每種疾病輸入主要的
ICD 11診斷代碼。

點擊此處獲得ICD11代碼工具

請描述患者所患的這種/這些精神障礙的症狀，以及患者以何種方式受這些症狀的影響。

2

擬議進行的醫療治療詳情

出於以下所述原因，我確信，如果不向該患者提供醫療，將會對以下產生嚴重的風險：

- ☐ 患者的健康、安全或福祉
- ☐ 他人的安全

3

說明

根據法案第328(2)條的規定，一個人並不能僅因為以下任何一項原因而定為患有精神障礙：性取向；性變態；變性；異裝癖；對酒精或藥物的依賴或使用；對他人造成或可能造成騷擾、驚恐或痛苦的行為；做出任何明智人都不會做出的行為。

為使強制治療令申請得以繼續進行，本精神健康報告必須至少註明另一份精神健康報告中所註明的一種精神障礙類型

擬議進行的醫療治療詳情（續）

我確信，可以提供醫療治療，這很可能會防止精神障礙惡化，或減輕該障礙的任何症狀或影響。

請說明患者對精神障礙醫療的需求；滿足這些需求的擬議醫療治療；以及誰將提供該醫療治療。

說明：醫療治療包括護理；照護；心理介入；除藥物介入外，還包括復健治療（包括工作、社交和獨立生活技能的教育和培訓）。

4

擬議進行的醫療治療詳情（續）

基於以下理由，我確信，由於患者的精神障礙，他/她對提供此類醫療治療做出決定的能力受到嚴重損害。

5

基於以下原因，我確信，制定強制治療令是必要的：例如解釋為什麼患者不能以自願形式接受治療

6

擬議的強制措施

我認為，強制治療令應授權以下強制措施

在適用的選項處畫陰影

☐	(a) 將患者扣留在指定的醫院
☐	(b) 根據法案第16部分，為患者提供醫療
☐	(c) 要求患者參加：於指定的或指示的日期；或在指定的或指示的時間間隔、或於指示的地點，以接受治療。
☐	(d) 要求患者參加：於指定的或指示的日期；或在指定的或指示的時間間隔、於指定的或指示的地點，以接受社區護理服務、相關服務或任何治療護理或服務。
☐	(e) 要求患者居住在指定的地點；
☐	(f) 要求患者允許任何以下相關方前往患者居住的地點對患者進行訪問。這些相關方包括：患者的精神健康官（MHO）、患者的負責醫療官（RMO），或任何負責向患者提供醫療、社區護理服務、相關服務或任何治療、護理或服務的人士，並且上述工作必須獲得患者的負責醫療官授權。
☐	(g) 要求患者在任何計劃更改地址時，必須獲得精神健康官（MHO）的批准。
☐	(h) 要求患者在變更地址生效之前，必須將任何地址變更通知精神健康官（MHO）。

說明：為使強制治療令申請得以進行，本精神健康報告必須註明與另一份精神健康報告中註明的相同的強制措施。

患者須知

僅當 授權執業醫師填寫表格時才需填寫此部分。當兩名授權執業醫師提供精神健康報告時，最佳實踐是由患者的負責醫療官（RMO）來填寫此部分。

我相信（在適用的選項處畫陰影）：

☐ 精神健康官（MHO）應根據法案第60(1)(a)條向患者發出強制治療令申請的通知

或

☐ 精神健康官（MHO）不應根據法案第60(1)(a)條向患者發出強制治療令申請的通知；因為我認為，發出該通知可能會對患者或其他人造成重大傷害

並且

☐ 關於根據法案第63條提出的申請，患者有能力指示律師。

或

☐ 關於根據法案第63條提出的申請，患者沒有能力指示律師。

請解釋您得出這些結論的原因：

7

其他相關資訊

8

簽名/日期

簽名

日期

日 / 月 / 年

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

說明

根據法案第58條，後一次體檢必須在第一次體檢後的5天內完成。

根據法案第57(7)條，精神健康官（MHO）必須在第二次體檢後的14天內提出強制治療令的申請。