

拘留標準

作為第 1 頁所列的 AMP，我聲明已對該患者進行檢查。我簽發此短期拘留證明，是因為我認為該患者符合第 44(4) 條所列標準：

(a) 基於以下所述理由，我認為該患者可能患有以下類型的精神障礙。

		主要 ICD 11 代碼											
精神疾病	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否												
人格障礙	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否												
學習障礙	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否												

請輸入每種疾病的主要 ICD-11 診斷代碼。

點擊此處取得 ICD-11 編碼工具

1	
----------	--

(b) 我認為，由於以下所述原因，該精神障礙可能導致患者在接受針對該精神障礙的醫療治療方面做出決定的能力受到嚴重損害。

2	
----------	--



拘留標準 (續)

(c) 我認為，基於以下所述理由，有必要將患者留院觀察，以便：

- 確定應給予患者何種精神疾病治療
- 給予患者治療。

3	
----------	--

(d) 我認為，基於以下所述原因，若未將患者留院觀察，很可能有以下重大風險：

- 患者的健康、安全或福祉；
- 任何其他人的安全。

4	
----------	--

(e) 我認為，基於以下所述原因，有必要頒發此短期拘留證明，例如解釋為什麼不能對患者進行自願治療。

5	
----------	--



簽名
由MHO

日期
備註

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

如有可能，MHO應填寫表格的這一部分。如無法填寫，則由RMO代表MHO填寫，並在第6欄說明無法填寫的原因。

諮詢 - 指定人員

- 該患者沒有指定聯絡人
- 該患者有指定聯絡人 - 詳情如下

姓氏																												
名																												
稱謂																												
地址																												
郵編															電話													

根據情況完成A或B。

A 我在簽發此證前於此日期諮詢患者指定人員： 日期 / /

總結患者指定人員對擬議拘留的意見，以及您如何考慮這些意見。

7	
----------	--

或

B 在簽發此證明之前，我並未諮詢患者指定的聯絡人，因為這樣做不切實際，詳情如下。（註：需說明為諮詢指定聯絡人所做的努力。）

8	
----------	--



入院詳情

患者已入院/曾是以下機構的患者：

醫院

病房 / 診所

請依照實際情況塗黑適當的部位。

患者在短期留院證明獲準前並未立即入院。因此，其住院許可自以下時間起生效：證明提交給醫院管理人員之時，以及患者根據該證明入院之時。

或

患者在短期留院證明獲準時已入院。因此，其住院許可自證明獲批之時起生效

患者28天的住院許可自以下日期開始生效:

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

除非撤銷或延期，否則該許可將於第28天結束時的午夜終止：

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

已發出通知的記錄

醫院收到短期留院證明後，應盡快採取以下措施：

- (a) 以書面通知醫院已簽發該證明書以及
- (b) 將證明副本寄至：

<input type="radio"/> 患者 <input type="radio"/> 患者的福利監護人 姓名和地址 (如適用) <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	<input type="radio"/> 患者指定人員 (如果有) <input type="radio"/> 患者的任何福利律師 姓名和地址 (如適用) <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
--	---

證書副本已於證書簽發後7日內送達以下機構：

- 蘇格蘭精神健康法庭
- 精神福利委員會

通知完成日期：

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

完成詳情

醫院管理人員已履行了《法案》第260條規定的義務。

填寫人：

職務



電話號碼

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

簽名

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

日期

日日 / 月月 / 年年年年

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



為監測各族裔群體對《2003年蘇格蘭精神健康（護理與治療）法案》的使用情況，以確保遵守平等機會原則，現要求提供以下資訊

患者 CHI 編號

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

患者自述其種族：

信息未提供

A 白人

蘇格蘭

其他英國人

愛爾蘭人

吉普賽人/旅行者

波蘭人

羅姆人

馬戲團演員

其他任何白人族裔，請描述

B 混血或多族裔群體

任何混血或多族裔群體，請描述

C 亞裔, 蘇格蘭

亞裔或英國亞裔

巴基斯坦裔, 蘇格蘭巴基斯坦裔或英國巴基斯坦裔

印度裔, 蘇格蘭印度裔或英國印度裔

孟加拉裔, 蘇格蘭孟加拉裔或英國孟加拉裔

華裔, 蘇格蘭華裔或英國華裔

其他亞洲人，請描述

D 非裔、蘇格蘭裔

非裔或英國非洲裔

請描述一下，例如尼日利亞人、索馬利亞人

E 加勒比海人或黑人

請描述一下，例如蘇格蘭加勒比海地區、蘇格蘭黑人

F 其他族裔

阿拉伯人、蘇格蘭阿拉伯人或英國阿拉伯人

其他，請描述，例如錫克教徒、猶太人

ETH 1 V7.1

第 1 之 1 页

