

严重精神障碍患者管理服务规范

一、服务对象

辖区内常住居民中诊断明确、在家居住的严重精神障碍患者。主要包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍。

二、服务内容

（一）患者信息管理

在将严重精神障碍患者纳入管理时，需由家属提供或直接转自原承担治疗任务的专业医疗卫生机构的疾病诊疗相关信息，同时为患者进行一次全面评估，为其建立居民健康档案，并按照要求填写严重精神障碍患者个人信息补充表。

（二）随访评估

对应管理的严重精神障碍患者每年至少随访4次，每次随访应对患者进行危险性评估；检查患者的精神状况，包括感觉、知觉、思维、情感和意志行为、自知力等；询问和评估患者的躯体疾病、社会功能情况、用药情况及各项实验室检查结果等。其中，危险性评估分为6级。

0级：无符合以下1-5级中的任何行为。

1级：口头威胁，喊叫，但没有打砸行为。

2级：打砸行为，局限在家里，针对财物，能被劝说制止。

3级：明显打砸行为，不分场合，针对财物，不能接受劝说而停止。

4级：持续的打砸行为，不分场合，针对财物或人，不能接受劝说而停止（包括自伤、自杀）。

5级：持械针对人的任何暴力行为，或者纵火、爆炸等行为，无论在家里还是公共场合。

（三）分类干预

根据患者的危险性评估分级、社会功能状况、精神症状评估、自知力判断，以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病情况对患者进行分类干预。

1. 病情不稳定患者。若危险性为3~5级或精神症状明显、自知力缺乏、有严重药物不良反应或严重躯体疾病，对症处理后立即转诊到上级医院。必要时报告当地公安部门，2周内了解其治疗情况。对于未能住院或转诊的患者，联系精神专科医师进行相应处置，并在居委会人员、民警的共同协助下，2周内随访。

2. 病情基本稳定患者。若危险性为1~2级，或精神症状、自知力、社会功能状况至少有一方面较差，首先应判断是病情波动或药物疗效不佳，还是伴有药物不良反应或躯体症状恶化，分别采取在规定的剂量范围内调整现用药物剂量和查

找原因对症治疗的措施，2周时随访，若处理后病情趋于稳定者，可维持目前治疗方案，3个月时随访；未达到稳定者，应请精神专科医师进行技术指导，1个月时随访。

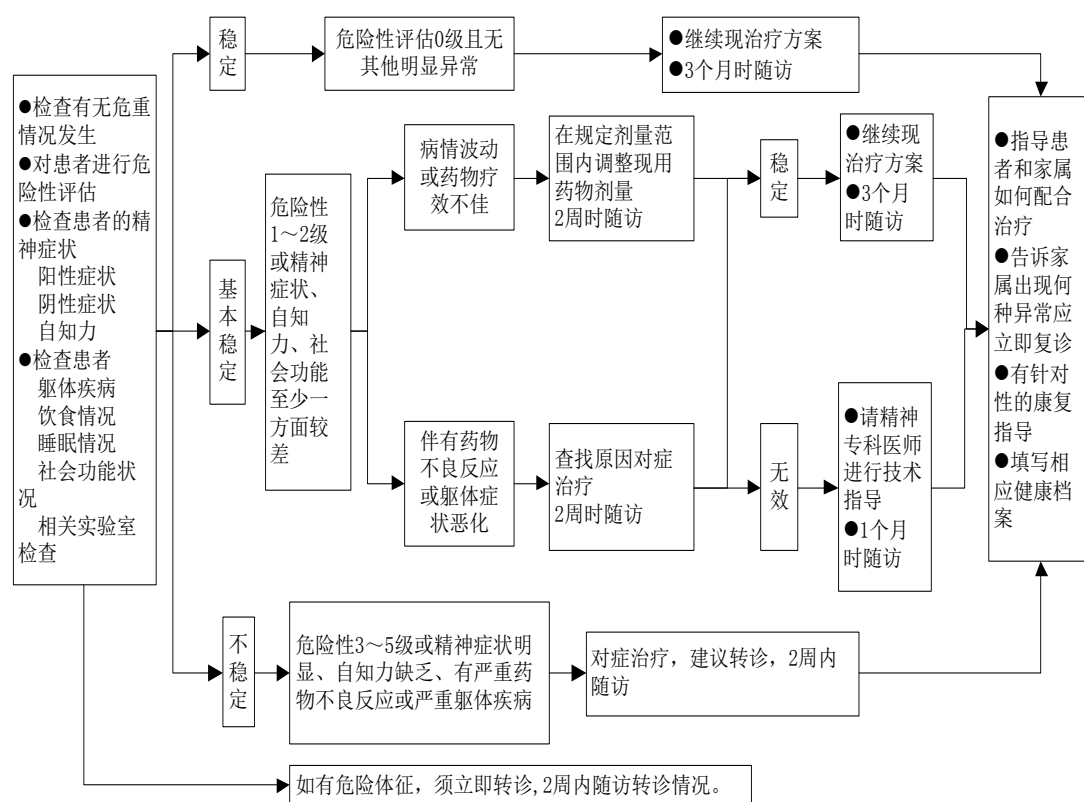
3. 病情稳定患者。若危险性为0级，且精神症状基本消失，自知力基本恢复，社会功能处于一般或良好，无严重药物不良反应，躯体疾病稳定，无其他异常，继续执行上级医院制定的治疗方案，3个月时随访。

4. 每次随访根据患者病情的控制情况，对患者及其家属进行有针对性的健康教育和生活技能训练等方面的康复指导，对家属提供心理支持和帮助。

(四) 健康体检

在患者病情许可的情况下，征得监护人与(或)患者本人同意后，每年进行1次健康检查，可与随访相结合。内容包括一般体格检查、血压、体重、血常规(含白细胞分类)、转氨酶、血糖、心电图。

三、服务流程



四、服务要求

(一) 配备接受过严重精神障碍管理培训的专(兼)职人员，开展本规范规定的健康管理工作的。

(二) 与相关部门加强联系，及时为辖区内新发现的严重精神障碍患者建立

健康档案并根据情况及时更新。

(三) 随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。

(四) 加强宣传，鼓励和帮助患者进行社会功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。

五、工作指标

严重精神障碍患者规范管理率=年内辖区内按照规范要求进行管理的严重精神障碍患者人数/年内辖区内登记在册的确诊严重精神障碍患者人数×100%。

六、附件

1. 严重精神障碍患者个人信息补充表
2. 严重精神障碍患者随访服务记录表

附件 1

严重精神障碍患者个人信息补充表

姓 名:

编号 □□□ - □□□□□

监护人姓名		与患者关系	
监护人住址		监护人电话	
辖区村(居)委会联系人、电话			
户别	1 城镇 2 农村 <input type="checkbox"/>		
就业情况	1 在岗工人 2 在岗管理者 3 农民 4 下岗或无业 5 在校学生 6 退休 7 专业技术人员 8 其他 9 不详 <input type="checkbox"/>		
知情同意	1 同意参加管理 0 不同意参加管理 <input type="checkbox"/> 签字: 签字时间 _____年 _____月 _____日		
初次发病时间	_____年 _____月 _____日		
既往主要症状	1 幻觉 2 交流困难 3 猜疑 4 喜怒无常 5 行为怪异 6 兴奋话多 7 伤人毁物 8 悲观厌世 9 无故外走 10 自语自笑 11 孤僻懒散 12 其他 □/□/□/□/□/□/□/□/□/□/□/□		
既往关锁情况	1 无关锁 2 关锁 3 关锁已解除 <input type="checkbox"/>		
既往治疗情况	门诊	1 未治 2 间断门诊治疗 3 连续门诊治疗 <input type="checkbox"/> 首次抗精神病药治疗时间 _____年 _____月 _____日	
	住院	曾住精神专科医院/综合医院精神专科 _____次	
目前诊断情况	诊断 _____ 确诊医院 _____ 确诊日期 _____		
最近一次治疗效果	1 临床痊愈 2 好转 3 无变化 4 加重 <input type="checkbox"/>		
危险行为	1 轻度滋事 _____次 2 肇事 _____次 3 肇祸 _____次 4 其他危害行为 _____次 <input type="checkbox"/> 5 自伤 _____次 6 自杀未遂 _____次 7 无		
经济状况	1 贫困, 在当地贫困线标准以下 2 非贫困 <input type="checkbox"/>		
专科医生的意见 (如果有请记录)			
填表日期	_____年 _____月 _____日	医生签字	

填表说明:

1. 对于严重精神障碍患者,在建立居民健康档案时,除填写个人基本信息表外,还应填写此表。在随访中发现个人信息有所变更时,要及时变更。

2. 监护人姓名:法律规定的、目前行使监护职责的人。

3. 监护人住址及监护人电话:填写患者监护人目前的居住地址及可以随时联系电话。

4. 初次发病时间:患者首次出现精神症状的时间,尽可能精确,可只填写到年份。

5. 既往主要症状:根据患者从第一次发病到填写此表之时的情况,填写患者曾出现过的主要症状。

6. 既往关锁情况:关锁指出于非医疗目的,使用某种工具(如绳索、铁链、铁笼等)限制患者的行动自由。

7. 既往治疗情况:根据患者接受的门诊和住院治疗情况填写。首次抗精神病药治疗时间,尽可能精确,可只填写到年份。若未住过精神专科医院或综合医院精神科,填写“0”,住过院的填写次数。

8. 目前诊断情况:填写患者目前所患精神疾病的诊断名称,并填写确诊医院名称和日期。

9. 临床痊愈:精神症状消失,自知力恢复。

10. 危险行为:根据患者从第一次发病到填写此表之时的情况,若未发生过,填写“0”;若发生过,填写相应的次数。

轻度滋事:是指公安机关出警但仅作一般教育等处理的案情,例如患者打、骂他人或者扰乱秩序,但没有造成生命财产损害的,属于此类。

肇事:是指患者的行为触犯了我国《治安管理处罚法》但未触犯《刑法》,例如患者有行凶伤人毁物等,但未导致被害人轻、重伤的。

肇祸:是指患者的行为触犯了《刑法》,属于犯罪行为的。

11. 经济状况:指患者经济状况。贫困指低保户。

12. 专科医生意见:是指建档时由家属提供或患者原治疗医疗机构提供的精神专科医生的意见。如没有相关信息则填写“不详”。

附件 2

严重精神障碍患者随访服务记录表

姓 名:

编号□□□ - □□□□□

随访日期	年 月 日		
本次随访形式	1 门诊 2 家庭访视 3 电话 <input type="checkbox"/>		
若失访, 原因	1 外出打工 2 迁居他处 3 走失 4 连续 3 次未到访 5 其他 <input type="checkbox"/>		
如死亡, 日期和原因	死亡日期	年 月 日	
	死亡原因	1 躯体疾病 ① 传染病和寄生虫病 ② 肿瘤 ③ 心脏病 ④ 脑血管病 ⑤ 呼吸系统疾病 ⑥ 消化系统疾病 ⑦ 其他疾病 ⑧ 不详 <input type="checkbox"/> 2 自杀 3 他杀 4 意外 5 精神疾病相关并发症 6 其他 <input type="checkbox"/>	
危险性评估	0 (0 级) 1 (1 级) 2 (2 级) 3 (3 级) 4 (4 级) 5 (5 级) <input type="checkbox"/>		
目前症状	1 幻觉 2 交流困难 3 猜疑 4 喜怒无常 5 行为怪异 6 兴奋话多 7 伤人毁物 8 悲观厌世 9 无故外走 10 自语自笑 11 孤僻懒散 12 其他 □/□/□/□/□/□/□/□/□/□/□/□		
自知力	1 自知力完全 2 自知力不全 3 自知力缺失 <input type="checkbox"/>		
睡眠情况	1 良好 2 一般 3 较差 <input type="checkbox"/>		
饮食情况	1 良好 2 一般 3 较差 <input type="checkbox"/>		
社会功能情况	个人生活料理	1 良好 2 一般 3 较差 <input type="checkbox"/>	
	家务劳动	1 良好 2 一般 3 较差 <input type="checkbox"/>	
	生产劳动及工作	1 良好 2 一般 3 较差 9 此项不适用 <input type="checkbox"/>	
	学习能力	1 良好 2 一般 3 较差 <input type="checkbox"/>	
	社会人际交往	1 良好 2 一般 3 较差 <input type="checkbox"/>	
危险行为	1 轻度滋事_____次 2 肇事_____次 3 肇祸_____次 4 其他危害行为_____次 5 自伤_____次 6 自杀未遂_____次 7 无 <input type="checkbox"/>		
两次随访期间 开锁情况	1 无关锁 2 开锁 3 开锁已解除 <input type="checkbox"/>		
两次随访期间 住院情况	0 未住院 1 目前正在住院 2 曾住院, 现未住院 末次出院时间_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/>		
实验室检查	1 无 2 有 <input type="checkbox"/>		
用药依从性	1 按医嘱规律用药 2 间断用药 3 不用药 4 医嘱勿需用药 <input type="checkbox"/>		
药物不良反应	1 无 2 有_____ 9 此项不适用 <input type="checkbox"/>		
治疗效果	1 痊愈 2 好转 3 无变化 4 加重 9 此项不适用 <input type="checkbox"/>		
是否转诊	1 否 2 是 转诊原因: 转诊至机构及科室: <input type="checkbox"/>		
用药情况	药物 1:	用法: 每日(月) 次	每次剂量 mg
	药物 2:	用法: 每日(月) 次	每次剂量 mg
	药物 3:	用法: 每日(月) 次	每次剂量 mg
用药指导	药物 1:	用法: 每日(月) 次	每次剂量 mg
	药物 2:	用法: 每日(月) 次	每次剂量 mg
	药物 3:	用法: 每日(月) 次	每次剂量 mg
康复措施	1 生活劳动能力 2 职业训练 3 学习能力 4 社会交往 5 其他 □/□/□/□		
本次随访分类	1 不稳定 2 基本稳定 3 稳定 <input type="checkbox"/>		
下次随访日期	_____年_____月_____日	随访医生签名	

填表说明:

1. 目前症状: 填写从上次随访到本次随访期间发生的情况。

2. 自知力: 是患者对其自身精神状态的认识能力。

自知力完全: 患者精神症状消失, 真正认识到自己有病, 能透彻认识到哪些是病态表现, 并认为需要治疗。

自知力不全: 患者承认有病, 但缺乏正确认识和分析自己病态表现的能力。

自知力缺失: 患者否认自己有病。

3. 危险行为: 填写从上次随访到本次随访期间发生的情况。若未发生过, 填写“0”; 若发生过, 填写相应的次数。

4. 实验室检查: 记录从上次随访到此次随访期间的实验室检查结果, 包括在上级医院或其他医院的检查。

5. 用药依从性: “规律”为按医嘱用药, “间断”为未按医嘱用药, 用药频次或数量不足; “不用药”即为医生开了处方, 但患者未使用此药; “医嘱勿需用药”为医生认为不需要用药。

6. 药物不良反应: 如果患者服用的药物有明显的药物不良反应, 应具体描述哪种药物, 以及何种不良反应。

7. 本次随访分类: 根据从上次随访到此次随访期间患者的总体情况进行选择。

8. 是否转诊: 根据患者此次随访的情况, 确定是否要转诊, 若给出患者转诊建议, 填写转诊医院的具体名称。

9. 用药情况: 填写患者实际使用的抗精神病药物名称、用法和用量。

10. 用药指导: 根据患者的总体情况, 填写医生开具的患者需要使用的抗精神病药物名称、用法和用量。

11. 康复措施: 根据患者此次随访的情况, 给出应采取的康复措施, 可以多选。

12. 下次随访日期: 根据患者的情况确定下次随访时间, 并告知患者和家属。