

马里兰州行为健康管理局- 出院后转诊表
第I部分- 基本信息

姓名: _____ 机构名称: _____
出院后地址: _____ 入院日期: __/__/__ 出院日期: __/__/__
类型(请圈选): DIS. (伤残人士) OBS. (器质性
脑综合征患者) A.L.J.ELOPE (出走患者) 访视__天
电话: _____ 有条件性出院: 是__ 否__
Dis.区域管辖机构: _____ 电话: _____ 社会保障号码: _____ 出生日期: __/__/__
与当事人一起生活的人员姓名: _____ 关系: _____ 电话: _____
爱人/监护人: _____ 关系: _____ 电话: _____
地址: _____

第II部分- 医疗数据 (由主治医生填写)

收治原因: _____

已在医院进行治疗: _____

第 5 版 DSM (精神疾病诊断与统计手册) 诊断: _____

所有出院药物:

药物	剂量	给药途径/方案	适应症

出院时提供的用药天数: _____ 天。

肌肉注射 (IM) 日期: __/__/__ 下次肌肉注射 (IM)日期: __/__/__

治疗药物水平:

药物	治疗范围	治疗水平	末次采血日期

医生签名

日期

时间

Addressograph

医生姓名:

DHMH # 4465 (修订日期: 2015年5月19日)

第 1页/共 7 页

病历原件; 副本提供给出院当事人

(续) 第II部分 - 医疗数据 (由主治医师填写)

过敏和反应: _____

已开具**抗精神病药物**的数量: _____

开具≥2种抗精神病药物处方的原因: (请勾选下面的相应复选框, 并在适用情况下加以解释)

代码 01: 至少3项或3项以上单药治疗试验失败病史 (列出至少3种药物、日期和失败原因)

代码 02: 建议逐渐减量至单药治疗或正在逐渐减量 _____

代码 03: 氯氮平增效

评论: _____

饮食:

需要持续关注活动性身体问题: _____

TST (结核菌素皮肤试验) 日期____/____/____ 结果 _____ 不适用 _____

欲了解医生对当事人对自身或他人带来风险的评估, 请参见第7页 (或随附附录)。

医生签名

日期

时间

医生姓名: _____

Addressograph

第III部分- 出院代码

出院时的主要转诊情况

勾选下列出院时主要转诊类别之一：

- 21 - 精神病医院（未被认证为 LTC）
- 22 - 急症护理医院（住院）
- 23 - 社区精神健康中心
- 24 - 其他诊所（医院诊所、独立联邦认证健康中心、其他康复机构、综合门诊康复机构）
- 25 - 司法系统（警察、法院、矫正机构）
- 26 - 家庭护理或自我护理：非卫生机构或诊所（医生办公室、与诊所或医院无关的门诊提供者、与诊所或医院无关的住宅服务、人类服务机构）
- 27 - 家庭临终关怀
- 28 - 医疗机构临终关怀
- 29 - 专业护理机构(Medicare)
- 30 - 中间护理机构（还包括既不属于 Medicaid 也不属于 Medicare 的护理机构，州指定的辅助生活机构）
- 31 - 癌症中心或儿童医院
- 32 - 医院内的 Medicare Swing Bed（秋千床）
- 33 - 得到家庭医疗服务组织支持的家庭护理，预期涵盖技能护理
- 34 - 住院康复机构或机构的不同部分单位（医疗）
- 35 - 长期护理医院 (Medicare)
- 36 - 护理机构（Medicaid 而非 Medicare）
- 37 - 关键资源医院
- 38 - 联邦医疗保健机构（住院、住宅、门诊）
- 39 - 列表中未另行定义的其他医疗保健机构
- 40 - 无出院后护理计划
- 41 - 拒绝出院后护理
- 42 - 拒绝签署向下一个服务提供者提供相关信息

出院临床状态

勾选以下出院类别之一：

- 01 - 完成住院患者精神健康或物质使用治疗
- 03 - 法庭要求予以出院
- 04 - 违反医嘱离开 ("AMA")
- 05 - 出走或离开后未能返回
- 06 - 死亡
- 07 - 不依从治疗和/或制度要求
- 11 - 延长入院
- 12 - 代理人的选择
- 13 - 出院/转诊至任何住院提供者处

未安排出院后护理预约的原因

如果未安排治疗后预约，请勾选以下原因：

- 01 - 客户将安排预约
- 02 - 服务提供者将安排预约
- 03 - 其他
- 09 - 未知

仅限健康信息服务（病历记录）

治疗后护理表发送给初级服务提供者：

发送日期___/___/___ 姓名首字母缩写：_____

治疗后护理表发送给其他服务提供者：

发送日期___/___/___ 姓名首字母缩写：_____

出院总结发送给初级服务提供者：

发送日期___/___/___ 姓名首字母缩写：_____

Addressograph

第IV部分-继续治疗和支持性资源的转介

当事人在下方填写

姓名首字母缩写:

___ 心理健康治疗	预约日期/时间	建议
服务提供者: _____	_____	_____
地址: _____		
联系人: _____		电话: _____
___ 身体/牙科	预约日期/时间	建议
服务提供者: _____	_____	_____
地址: _____		
联系人: _____		电话: _____
___ 药物(毒品)/酒精服务	预约日期/时间	建议
服务提供者: _____	_____	_____
地址: _____		
联系人: _____		电话: _____
___ 住宅	预约日期/时间	建议
服务提供者: _____	_____	_____
地址: _____		
联系人: _____		电话: _____
___ 日间/精神康复项目	预约日期/时间	建议
服务提供者: _____	_____	_____
地址: _____		
联系人: _____		电话: _____
___ 病例管理	预约日期/时间	建议
服务提供者: _____	_____	_____
地址: _____		
联系人: _____		电话: _____
___ 职业/教育	预约日期/时间	建议
服务提供者: _____	_____	_____
地址: _____		
联系人: _____		电话: _____

如果出现心理健康紧急情况，请联系：

服务提供者: _____

电话号码: _____

补充信息: _____

Addressograph

(续) 第IV部分- 继续治疗和支持性资源的转介

当事人在下方填写

姓名首字母缩写:

<input type="checkbox"/> 法律服务 (例如律师、Prob.Off., CFAP)	预约日期/时间	建议
服务提供者: _____	_____	_____
地址: _____		
联系人: _____	电话: _____	
<input type="checkbox"/> 社会保障管理局	预约日期/时间	建议
服务提供者: _____	_____	_____
地址: _____		
联系人: _____	电话: _____	
<input type="checkbox"/> 其他	预约日期/时间	建议
服务提供者: _____	_____	_____
地址: _____		
联系人: _____	电话: _____	

第V部分- 权利和身份

(输入“A”(代表活跃)、“P”(代表待定)或“NA”(代表不适用))

收入/财产: SSDI _____ SSI _____ VA _____ 其他 _____

如为享有权益的代表收款人, 姓名/地址/电话 _____

医疗保险: MA _____ Medicare _____ VA _____ 私人 _____ 无 _____ 其他 _____

Medicare D 部分: _____ 补充医疗保险: _____

投保人姓名: _____ 保单名称和编号: _____

当事人获得处方的方案 (包括资金来源) _____

如果申请待定, 申请所在的办公室地点 _____ 电话: _____

身份证明: 出生证明: _____ 社会保障卡 _____ 带照片标识的MVA: _____

移民状态卡: _____ 其他身份证明: _____

第VI部分- 精神健康预立医疗指示

在离院之前, 当事人是否已被告知精神健康预立医疗指示相关信息 是____ 否 ____

当事人是否已申请填写精神健康预立医疗指示: 是____ 否 ____

当事人是否已完成精神健康预立医疗指示: 是____ 否 ____ 如果“是”, 是否随附附件? 是____ 否 ____

如果“否”, 是否已转诊至提供者以完成精神健康预立医疗指示: 是 ____ 否 ____

出院后护理代码:

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Addressograph

第VII部分- 其他出院后护理信息

医院主治医生: _____ 电话: _____

医院社会工作者/病例经理: _____ 电话: _____

医院体疗医生: _____ 电话: _____

社会/家庭: _____

补充出院信息: _____

当事人回到社区内生活面临的主要问题 _____

参与制定本计划的社区机构人员、家庭成员或其他重要人员（未列入第IV和V部分）：

机构名称或个人姓名 _____ 电话号码 _____

第VIII部分- 信息披露知情同意书

经当事人书面同意，是否已将当事离院的信息通知到_____（人员输入姓名首字母缩写）：是 ___ 否 ___
如为“是”，注明接收通知人员的姓名和关系及其对该计划的回复；如为“否”，注明未予以通知的原因：

人员对该计划的反馈: _____

本人同意本计划，并授权_____将为本人准备的该出院后护理计划/出院总结（包括身体/躯体、物质使用数据和预立医疗指示，如适用）发送给本计划第IV部分和第VII部分中指定的机构/个人，以及负责管理和协调本计划中确定的服务的核心服务机构，进而保持治疗和服务的连续性，并帮助获得相关资源。本人进一步授权医院向本计划第IV部分中指定的机构/人员披露本人的病历记录的这些部分内容，包括适用于具体服务提供的身体（躯体）和物质使用数据。本人在第IV部分填写了本人的姓名首字母缩写，进一步确认本人已同意披露此信息。*注：对于未签署本“信息披露知情同意书”的当事人，不能拒绝为其提供治疗或服务。*本授权有效期至_____（不超过一(1)年）。在法律允许的情况下，可能会再次披露此信息。

本人理解本人可以随时撤销此授权。在撤销日期之前进行的任何披露均不受撤销的影响。

_____ 关系 _____ 日期 _____
离开机构的当事人或其监护人签名

_____ 职务 _____ 日期 _____
见证人签名

_____ 职务 _____ 日期 _____
出院后护理表填写人员签名

未签署病历记录披露授权书
的原因为 _____

Addressograph

医生对当事人对其=自身或他人带来风险的评估

(机构可使用此格式或随附医师填写的单独风险评估附录)

该评价和评估于 ___ / ___ / ___ (日期) _____ (时间) 完成。以上内容反映了患者当时的情况。

医生签名

日期

时间

医生姓名: _____

Addressograph