

## 第二节 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、分裂情感性精神障碍、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。

**考点提示：**掌握严重精神障碍患者管理的服务对象、服务内容、服务流程和服务要求

### 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（详见第一节患者管理）；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；询问患者的躯体疾病、社会功能情况、服药情况及各项实验室检查结果等。

#### （三）分类干预

根据患者的危险性分级、社会功能状态、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（详见第一节患者管理）。

#### （四）健康体检

在患者病情许可的情况下，征得监护人（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

严重精神障碍患者健康管理服务流程，如图 9-2 所示。

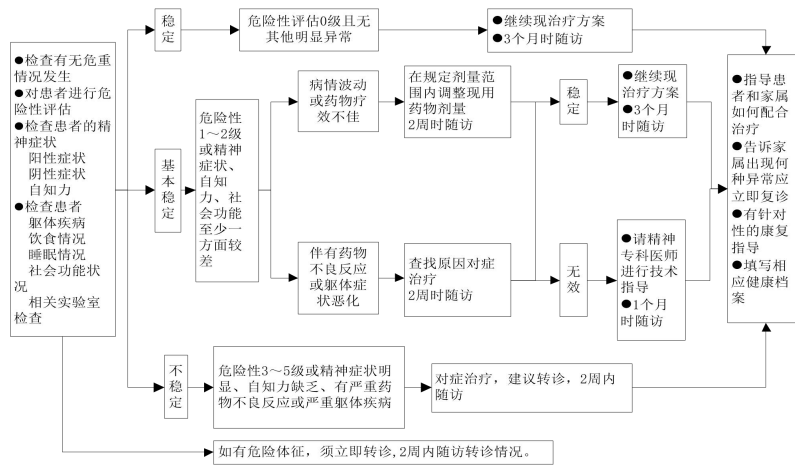


图 9-2 严重精神障碍患者健康管理服务流程

(引自：国家卫生计生委文件. 国家基本公共卫生服务规范（第三版）. 北京. 2017)

#### 四、服务要求

(一) 配备接受过严重精神障碍管理相关培训的专（兼）职人员，开展本规范规定的健康管理服务工作。

(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、相关表格及填表说明

1. 严重精神障碍患者个人信息补充表，见表 9-1。
2. 严重精神障碍患者随访服务记录表，见表 9-2。

表 9-1 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		
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		
知情同意	1 同意参加管理 0 不同意参加管理 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□/□/□/□/□/□/ 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 3 不详 <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的电话。

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”。



	□/□/□/□		
本次随访分类	1 不稳定 2 基本稳定 3 稳定 <span style="float: right;">□</span>		
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”为未按医嘱服药，服药频次或数量不足，“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。