

2018年中卫市肇事肇祸等严重精神障碍患者筛查工作实施方案

为提高我市严重精神障碍患者检出率和规范管理率，营造和谐稳定社会环境，迎接自治区成立60周年大庆。根据自治区卫生计生委、综治办、公安厅、民政厅、残联《关于开展2018年全区肇事肇祸等严重精神障碍患者筛查工作的通知》（宁卫计发〔2018〕118号）精神，结合中卫实际，市综治办、卫生和计划生育局、公安局、民政局、残联五部门决定于2018年7-8月，联合开展肇事肇祸等严重精神障碍患者筛查工作，制定如下方案。

一、工作内容

充分发挥各部门职能作用，强化各项工作措施，以乡镇（街道）、村（社区）为单位，通过逐户走访调查，逐人见面、筛查核实，扎实做好疑似严重精神障碍患者筛查工作。对筛查出的疑似精神障碍患者组织开展诊断复核、危险性评估，全面采集患者信息，及时纳入严重精神障碍患者信息系统，并开展管理治疗及随访工作。以筛查行动为契机，巩固健全各级严重精神障碍患者管理长效联动机制，明确各部门在严重精神障碍患者筛查、评估、鉴定、管控、处置、治疗等工作环节中的职责任务，确保患者管理科学、有效。

二、筛查对象

全面调查我市患有精神分裂症、双相情感障碍、偏执性精神障碍、分裂情感性精神障碍、癫痫所致精神障碍等患者以及精神

发育迟滞伴发精神障碍的患者。重点筛查曾经肇事肇祸和可能肇事肇祸的精神疾患人员及其行为严重危害公共安全或者他人人身安全，违反《刑法》或者《治安管理处罚法》等法律法规的精神障碍患者；或患有上述严重精神障碍疾病，且病情不稳定、流露暴力倾向，经精神科专家评估为高风险的精神障碍患者。

三、组织领导

市卫生和计划生育局、综治办、公安局、民政局、残联负责本次筛查工作的组织领导，市人民医院、市疾病预防控制中心负责具体工作。各县（区）卫生和计划生育局、综治办、公安、民政、残联、基层精神卫生工作小组依职责相互配合，负责组织实施。乡镇、村（社区）综治中心负责辖区筛查工作的组织协调，乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）具体负责筛查工作。

四、工作步骤

（一）动员部署阶段（2018年7月上旬）。各县（区）按照要求成立相应工作机构，制定本地筛查工作实施方案，确定部门任务职责。卫生计生、公安、民政、残联要对掌握的患者信息进行互通比对，以县（区）为单位，由卫生计生部门牵头联合召开动员会，部署筛查工作，并对参与筛查的工作人员进行培训，启动筛查工作。各部门需向卫生计生部门提供2016-2018年严重精神障碍患者数及基本信息，包括患者姓名、性别、身份证号、现住址、电话等关键信息，具体如下：

1. 公安部门需提供曾经和可能发生肇事肇祸等严重精神障碍患者数及基本信息；

2. 民政部门需提供家庭贫困的严重精神障碍患者数及基本信息;

3. 残联部门需提供持有精神残疾证的严重精神障碍患者数及基本信息。

7月30日前将上述资料的纸质版和电子版同时提供给卫生计生部门。

(二) 培训阶段(2018年7月下旬)。根据自治区宁安医院的培训资料,各县(区)卫生计生局组织对本辖区参加诊断复核的工作人员进行技术培训,制定培训方案、明确培训内容,培训内容主要包括六种严重精神障碍的诊断标准及诊断复核技巧、精神障碍诊治过程中的相关法律问题等。2016-2017年精神科转岗培训结业医师需参加本次筛查工作。

(三) 全面筛查阶段(2018年8月上旬)。各县(区)以乡镇、村(社区)为单位,卫生计生、综治、公安、民政、残联、社区、村医、家属、知情人(村居干部、村居民)、网格员提供疑似患者线索或发现信息,汇总至各乡镇卫生院/社区卫生服务中心(站),由乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)调查组人员按照《行为异常人员线索调查问题清单》(表1)进行登记,对筛查发现的疑似患者(未经精神科执业医师明确诊断的),填写《严重精神障碍线索调查登记表》(表2);对已经确诊的目前不在册的严重精神障碍患者进行登记、建立档案,并发放相关宣传资料。各乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)对公安、民政、残联等部门提供的患者信息,逐一核查、比对、分析。

各乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)将汇总表(表2)上报至县(市)疾控中心,县(市)疾控中心将本辖区所有信息汇总后上报至县(市)卫计局。

(四) 诊断复核阶段(2018年8月中旬)。市卫生计生局组织协调自治区专家对疑似病例进行诊断复核。根据筛查工作进展情况,对完成筛查工作的县(区)进行诊断复核。确诊为严重精神障碍患者的,填写《严重精神障碍线索调查登记表》(表2)诊断复核栏。同时进行危险性评估,填写《病历诊断复核及肇事肇祸危险性评估表》(表3)。所有新发现的经诊断复核后确诊的严重精神障碍患者,在实施保密措施情况下,由监护人签署《参加严重精神障碍管理治疗网络知情同意书》(表4),由乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)按照《重性精神疾病管理治疗工作规范(2012年版)》和《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》的要求,建立严重精神障碍患者健康档案,定期随访、分级管理。残联部门对于确诊的严重精神障碍患者给予办理残疾证、发放免费药品以及享受相应的政策待遇。对于三级以上严重精神障碍患者,民政部门按照相关规定,落实家庭看护以奖代补政策。公安部门在开展诊断复核期间需派人员下基层,防止肇事肇祸等事件的发生。

五、工作要求

(一) 提高思想认识,迅速启动筛查。开展严重精神障碍患者筛查行动是事关社会稳定大局和人民群众生命财产安全的一项重要任务,是做好肇事肇祸精神病人收治、管理、服务工作的

前提和基础，直接关系到精神卫生防治体系的建立完善及精神病人肇事肇祸行为的有效预防和处置，对维护社会治安秩序、保障人民群众生命财产安全意义重大。各县（区）、各部门务必要予以高度重视，增强工作责任感和紧迫感。迅速成立筛查行动领导小组，结合本地区情况和单位工作职责，制定工作实施方案，细化工作措施，落实责任，相互协作，相互配合，资源信息共享，共同完成好此次筛查工作。

（二）讲究方式方法，体现关爱服务。筛查行动要坚持以人为本，充分体现人性化服务和关爱，及时解决精神病人及其家庭的生产生活困难，落实好现行政策，争取理解和信任，使其支持并主动配合筛查、鉴定和治疗工作。要讲究工作方法，避免刺激病人情绪，防止给病人家属带来心理压力和负面影响，并注意保护好自身安全。

（三）严格保密措施，防止信息扩散。精神疾患情况涉及病人及其家人的隐私。对于筛查行动中掌握的信息，必须严格保密，严格查询程序，不得向与工作无关人员传播扩散。坚决防止发生信息泄漏的问题。

（四）加强监督检查，落实责任追究。各县（区）要切实加强对筛查工作的督促指导，将筛查工作经常化，确保及时发现辖区内的严重精神障碍患者，落实救治、服务措施。对于工作不主动、措施不得力、效果不明显的地方，将予以通报批评；对因工作不深入、筛查不细致导致严重失误，未能防止严重肇事肇祸案（事）件发生的有关责任人员，将依规依纪予以追责。

六、督导评估

市卫生和计划生育局、综治办、公安局、民政局、残联将在患者线索发现阶段、诊断复核阶段分别组织对筛查工作进行督导，从行政、业务和工作效果等多个方面进行评估，全面掌握评估我市肇事肇祸等严重精神障碍患者筛查工作进展情况，总结和推广工作中的好做法与经验，及时发现并解决工作中存在的问题，督导结果将通报全市。

- 附件：1. 中卫市 2018 年肇事肇祸等严重精神障碍患者筛查
 工作领导小组
 2. 筛查相关表格

附件 1:

中卫市 2018 年肇事肇祸等严重精神障碍患者 筛查工作领导小组

组 长：丁学东 市卫生和计划生育局副局长

副组长：董志荣 市综治办主任

田玉宝 市公安局副局长

常力群 市民政局副局长

朱万龙 市残疾人联合会副理事长

各县（区）卫生和计划生育局、综治办、公安局、民政局、残联负责人为成员。领导小组下设办公室，办公室设在市卫生和计划生育局，张国升同志兼任办公室主任，具体负责组织协调、工作推进、督导落实等工作。

附件 2： 表 1 行为异常人员线索调查问题清单

姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____

现住址：_____ 联系电话：_____

指导语：为了促进公众的健康，我们需要了解您身边的人（居委会的居民，村里的人，家中的人）是否曾经出现下述情况，不论何时有过，现在好或没好，都请您回答我的提问。我们保证对您提供的信息保密，谢谢您的帮助。现在请问您，有没有人发生过以下情况：

1. 曾经住精神病院，目前在家。 有 没有
2. 因精神异常而被关锁在家。 有 没有
3. 经常胡言乱语，或者说一些别人听不懂、或者不符合实际的话 有 没有
(比如说自己能够和神仙或者看不见的人说话、自己本事特别大，等等)
4. 经常无故吵闹、砸东西、打人，不是因为喝醉了酒。 有 没有
5. 经常自言自语自笑，或者表情呆滞，或者古怪。 有 没有
6. 在公共场合行为举止古怪，衣衫不整，甚至赤身露体。 有 没有
7. 疑心特别大，怀疑周围的人都在议论他或者害他（比如给他下毒，等等）。 有 没有
8. 过分话多（说个不停）、活动多，到处乱跑，乱管闲事等。 有 没有
9. 对人过分冷淡，寡言少语、动作慢、什么事情都不做，甚至整天躺在床上。 有 没有
10. 自杀，或者自残。 有 没有
11. 无故不上学、不上班、不出家门、不和任何人接触。 有 没有

注释：

1. 本问题清单用于精神疾病线索调查，由基层医疗机构的精防医生或经过培训的调查员（如护士）在对知情人调查提问时填写。
2. 调查提问时逐条向知情人解释清楚，使知情人真正了解问题的含义。
3. 每个问题答为“有”或“没有”。
4. 当知情人回答有人符合任何一条中任何一点症状时，应当进一步了解该人的姓名、性别、住

址等情况，填写《严重精神障碍线索调查登记表》。

填表机构名称：_____填表人：_____填表时间：____年__月__日

表2 严重精神障碍线索调查登记表

_____省(自治区、直辖市) _____市(地、州、盟) _____县(市、区) _____街道(乡、镇) _____社区(村)

编号	姓名 (1)	性别 (2)	年龄 (3)	工作单位及职业 (4)	家庭详细地址和电话 (5)	监护人 姓名 (6)	与监 护人 关系 (7)	符合“线索调 查问题清单” 第几条 (8)	诊断 (9)	精神科执 业医师签 名及日期 (10)	诊断复核 (11)	精神科执 业医师签 名及日期 (12)

注：1. 本表由社区卫生服务中心和乡镇卫生院填写(1)至(8)项后，报县（区）级精防机构。如果监护人拒绝接受诊断，则在诊断栏填写“拒绝”后，报县（区）级精防机构。

2. 精神科执业医师对确定严重精神障碍诊断的，在第(9)项“诊断”栏中填写疾病名称；对不能确定诊断的，在“诊断”栏中填写“待核查”；对排除诊断的，在“诊断”栏中填写“排除”，并签名。

3. 不能确定诊断的，请上级精神卫生医疗机构的精神科执业医师进行诊断复核，在第(11)项“诊断复核”一栏中填写疾病名称并签名。

4. 本表原件保存在县（区）级精防机构，复印件反馈社区卫生服务中心和乡镇卫生院。

填表机构名称：_____ 填表人：_____ 电话：_____ 日期：_____年__月__日

诊断机构名称：_____ 主管人员：_____ 电话：_____ 日期：_____年__月__日

诊断复核机构名称：_____ 主管人员：_____ 电话：_____ 日期：_____年__月__日

表 3 病例诊断复核及肇事肇祸危险性评估表

病例计算机网络编号 _____

一、一般情况

姓名		性别		文化程度	
职业		年龄		监护人及电话	
住址				送诊者及电话	
诊断		病程		病人电话	

二、攻击行为相关情况

1. 既往、个人史	是	否
攻击、冲动行为史		
有犯罪史		
严重自伤、自杀行为史		
药物、酒精滥用史		
具有冲动、判断力差、不成熟、情绪不稳、自控力差等性格特征		
具有反社会型、冲动型人格特征		
早年不良家庭环境，遭受父母虐待		
2. 目前情况		
有明显的与被害有关的幻觉、妄想、猜疑、激越、兴奋等精神病性症状		
有攻击性、威胁性语言或行为		
有明显的社会心理刺激		
有药物、酒精滥用		
缺乏较好的社会支持系统		
其他 (请指明) _____		

三、肇事肇祸危险度(在相应的数字下画勾)

口头威胁，喊叫，但没有打砸行为。	1 级
打砸行为，局限在家里，针对财物。能被劝说制止	2 级
明显打砸行为，不分场合，针对财物。不能接受劝说而停止	3 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。	4 级
持管制性危险武器的针对人的任何暴力行为，或者纵火，爆炸等行为。	5 级

四、总体危险度 (，由评估医生判定，并在相应的数字下画勾)

0(无危险)	1	2	3	4	5	6	7(极其危险)

评估者签名 _____ 评估时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日

表 4 参加严重精神障碍管理治疗网络知情同意书

患者姓名：_____性别：_____ 出生年月（公历）：_____年____月____日

现住址：_____省(自治区、直辖市)_____市(地、州、盟)_____县(市、区)_____街
道(乡、镇)_____社区(村)_____号

诊断：_____

知情同意书签字人姓名：_____与患者关系：患者本人 监护人 亲属

知情同意书签字人现住址：_____省_____

联系电话：_____

本人（代表患者）同意下列事项：

① 为有利于今后得到连续性的治疗和康复，同意加入居住地的精防机构严重精神障碍管理治疗网络，并接受社区卫生服务中心和社区卫生服务站（乡镇卫生院和村卫生室）的随访和康复指导。

② 同意由社区卫生服务中心和社区卫生服务站（或者乡镇卫生院和村卫生室）收集相关信息。授权医院将住院期间诊疗情况、治疗方案及在社区/乡镇康复措施建议等事项，以《严重精神障碍患者出院信息单》的书面形式，转至居住地的精防机构以及社区卫生服务中心和社区卫生服务站（或者乡镇卫生院和村卫生室）。

③ 患者登记加入严重精神障碍管理治疗网络，有权接受居住地精防机构以及社区卫生服务中心和社区卫生服务站（或者乡镇卫生院和村卫生室）的随访和康复指导。

④ 患者登记加入严重精神障碍管理治疗网络，其个人信息以及有关严重精神障碍的治疗、康复、随访等信息将受到隐私保护，所有信息只用于提供服务。

以上《参加严重精神障碍管理治疗网络知情同意书》内容，本人已仔细阅读并理解，获得了充分的知情同意权。为此，本人自愿做出以下选择，并签字。

() 同意参加社区网络管理

() 不同意参加社区网络管理，但同意定期前往精神科门诊复诊

() 不同意参加社区网络管理，也不同意前往精神科门诊复诊

签字人（签名）：_____签字时间：_____年____月____日

表5 市 县（区）严重精神障碍患者排查情况统计表

编号	疾病名称	确诊数
1	精神分裂症	
2	分裂情感性精神障碍	
3	偏执性精神病	
4	双相(情感)障碍	
5	癫痫所致精神障碍	
6	精神发育迟滞伴发精神障碍	
合 计		