附件：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 北京市 区（县）精神疾病患者强制治疗审批表 | | | | | | | | | | | | |
| 编号： | | | | | | | | | | | | |
| 公安机关 | 患者情况 | | 姓名 | |  | 性别 | |  | | 年龄 | |  |
| 现居住地址 | |  | | | | | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | |
| 监护人姓名 | |  | 联系方式 | | |  | | | |
| 近亲属姓名 | |  | 联系方式 | | |  | | | |
| 处置经过 | |  | | | | | | | | | |
| 处置民警 | | 姓名 |  | | | 联系电话 | | | |  | |
|  | 所在单位 | |  | | | 其他情况 | | | |  | |
| 公安机关意见 | （单位盖章） | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 卫生部门 | 处置医生 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 所在单位 |  | 其他情况 |  |
| 卫生部门意见 | 签字 | | | |
| 指定（急救）医院 | 收治医生 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 所在单位 |  | 其他情况 |  |
| 初诊情况 |  | | | |
| 接收时间 | （单位盖章） | | | |
| 备注 |  | | | | |
| **填表说明：**1、“现居住地址”、“户籍地址”要具体到门牌号；“处置经过”要说明事件的时间、地点、简要情况及接警后所做工作；“卫生部门意见”要写明现场初步诊断情况及是否建议住院治疗；“初诊情况”要填写精神疾病患者入院时的精神症状表现或急需治疗疾病情况；“接收时间”要具体到时分。2、所填项目暂未查明的，统一填写“待查”；特殊情况在备注中说明。3、公安机关直接送院治疗的，由公安机关和指点（急救）医院填写基本情况，一式两份，分别留存。4、在现场处置工作中送院治疗的，由公安机关、卫生部门和指点（急救）医院共同填写基本情况和意见，一式三份，分别留存。5、“编号”由区县公安机关按照“某某年00000号”顺序编定。 | | | | | |