附件2

医院疑似严重精神障碍患者入院告知书

（送诊单位）：

你单位送来的 ，性别，为（“流浪”□，“三无” □，“肇事肇祸” □）疑似严重精神障碍患者，送治患者符合我国《精神卫生法》第二十八条第二款之规定的“疑似精神障碍患者发生伤害自身、危害他人安全的行为，或者有伤害自身、危害他人安全的危险的，其近亲属、所在单位、当地公安机关应当立即采取措施予以制止，并将其送往医疗机构进行精神障碍诊断”所规定的情形。经接诊医生检查评估后，认为需要留院观察以确定诊断，然后决定下一步的处理。

医院现告知您为该疑似严重精神障碍患者办理住院观察手续，内容如下：

1.你单位应尽快通知疑似患者的配偶、父母、成年子女等近亲属与医院取得联系：

2.留院观察期一般不超过3天，特殊疑难情形可延长至14天，此期间经医生检查评估，可能有以下结论和后续处理措施：

（1）不能诊断为严重精神障碍，或诊断为严重精神障碍但不符合非自愿住院治疗条件的，请您协助医院通知住院人的近亲属、监护人尽快到医院办理离院手续，或由你单位协助办理离院手续。

（2）诊断为严重精神障碍患者，且符合非自愿住院治疗条件的，我院将依照《精神卫生法》规定，继续对患者进行收住院治疗。

3.住院诊疗期间，患者出现特殊情况（如特殊检查、治疗、转院或手术等），你单位应及时派人到我院协助处理。

4.患者病情稳定，经我院精神科医师评估，符合出院条件，你单位应及时为患者办理出院手续或转送救助康复机构。

送诊者意见：上述内容我已知晓并理解。

送诊单位：

送诊者签名：

身份证号（或警官证号）：

联系电话：

医师签字：

日期： 年 月 日