|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mẫu GiớI thiệu |  | **Tên:** | Họ, Tên |  | **Ngày:** | Tháng/ngày/năm (mm/dd/yyyy) | |  | |
|  | **Địa chỉ:** | Nhấp vào đây để nhập nội dung |  | **T. phố:** | Nhấp vào đây để nhập nội dung | |  | |
|  | **Đ. thoại:** | (xxx) xxx-xxxx |  | **Địa chỉ Email:** | xxxxxxxx@email.com | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  | **Thời điểm tiện nhất để liên lạc với bạn bằng điện thoại?** (đánh dấu "X" cạnh câu trả lời) | | | | | | |  |
|  |  | Sáng: 8sáng-12trưa |  |  | |  | |  |
|  |  | Chiều: 12trưa-5chiều |  |  | |  | |  |
|  | **Tên của người mà bạn giới thiệu đến Trợ giúp Điều trị Ngoại trú?** | | | | | | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  | **Mối quan hệ của bạn với cá nhân đó** | |  |  | |  | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  | **Tại sao bạn giới thiệu cá nhân này đến Chương trình Trợ giúp Điều trị Ngoại trú?** | | | | | | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  | **Cá nhân này có hiện đang được điều trị về tâm thần?** (đánh dấu "X" cạnh câu trả lời) | | | | | | |  |
|  |  | Có |  |  | |  | |  |
|  |  | Không |  |  | |  | |  |
|  |  | Nếu có, vui lòng cung cấp tên và thông tin liên lạc của nhà cung cấp y tế tâm thần. | | | | | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | **Chi tiết Liên quan đến Cá nhân:** | |  |  | |  | |  |
|  |  | *Những điểm mạnh của cá nhân này?* | | | |  | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *Những quan tâm/sở thích của cá nhân này là những gì?* | | | |  | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *Điều gì làm cho cá nhân này hoảng sợ và điều gì trấn tĩnh được cá nhân này?* | | | |  | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | **Quá trình về Điều trị Y tế Tâm thần**: | |  |  | |  | |  |
|  |  | *Quá trình về việc điều trị tâm thần trong cộng đồng (cung cấp ngày tháng, thông tin liên lạc và chi tiết?* | | | | | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *Quá trình nhập viện tâm thần (cung cấp ngày tháng, cơ sở và chi tiết)?* | | | | | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | **Những mối Quan ngại về Tập tính:** | |  |  | |  | |  |
|  |  | *Những Đe dọa, Toan tính, Hành động Bạo lực hướng về bản thân họ?* | | | |  | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *Những Đe dọa, Toan tính, Hành động Bạo lực hướng về những người khác?* | | | |  | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *Tương tác với cơ quan thi hành pháp luật (những cuộc gọi đến sở cảnh sát, những lần bị bắt giữ)?* | | | | | |  |
|  |  | Nhấp vào đây để nhập nội dung | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | \* Xin ghi chú là một thành viên của Đội Chăm sóc AOT sẽ liên lạc với bạn để duyệt lại các thông tin này trong vòng một (1) ngày làm việc. | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |