**香 港 基 督 教 服 務 處**

致: Project THC -大麻吸食者分層介入計劃

電話: 2731 6294

傳真: 2724 3655

電郵: thc@hkcs.email

**Project THC - 大麻吸食者分層介入計劃**

**個 案 轉 介 表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **由** | **轉介者姓名**  | **所屬機構（及職位）** | **聯絡方法**  |
|  |  | 電話： |  |
| 傳真： |  |
| 電郵： |  |

|  |
| --- |
| **個案資料** (請於適用的☐內加✓) |
| **姓名：**（中）**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | （英）  |  |
| **住址：**  | **出生日期： \_** |
| **聯絡電話：** | （住宅） （手提）  | **年齡：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| **種族：**☐ 不詳 ☐ 華人 ☐ 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **吸食大麻模式：**自何時開始：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_最後一次吸食日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**曾試用其他藥物：**☐ 不詳 ☐ 有，註明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ 沒有 |
| **身心健康狀況** ☐不詳 |
| ☐ 身體不適(如頭痛、胃痛等)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ 精神病患(如幻覺、幻聽、妄想)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ 情緒失調 (如抑鬱、焦慮、驚恐)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ 思維障礙(如記憶力差、無法集中、恍惚、胡思亂想) |
| ☐ 睡眠失調(失眠、易醒)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ 暴力行為\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ 自毀行為 (自殘/自殺意念、計劃/自殺行為)請簡述:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**家人 / 伴侶（請刪去不適用者）是否知悉案主濫藥：****緊急聯絡人 / 關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****同住是否濫藥人士：** | ☐ 下次覆診地點及日期 (如適用) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ 不詳 ☐ 知道 ☐ 不知道**電話：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ 不詳 ☐ 是，註明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ 不知道 |
| **工作員評估 / 建議** |
|  |
| **轉介聲明**（\*請刪除不適用者） |
| 本人已得到轉介對象的口頭 / 書面\*同意，將其個人資料 / 文件提供予　貴機構以申請Project THC的服務。簽署：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日期：　　　　　　　　　　　　 |