

俄勒冈州巡回法院

在\_\_\_\_\_郡

关于\_\_\_\_\_ ) 两名人士根据 ORS 426.070 出具  
 ) 的精神疾病通知  
 )  
 )  
\_\_\_\_\_, )  
被指控患有精神疾病的人 )

致巡回法院法官：

下方签署人分别正式宣誓和声明， \_\_\_\_\_，（出生日期\_\_\_\_\_），  
地址位于\_\_\_\_\_，是一名精神疾病患者，需要接受治  
疗、护理或羁押，原因是（行动、陈述、行为等例子）：

_____	_____
(签名)	(签名)
_____	_____
(正楷姓名 / 关系)	(正楷姓名 / 关系)
_____	_____
(地址)	(地址)
_____	_____
(城市)	(城市)
_____	_____
(电话号码)	(电话号码)

于 20\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日在本人面前签署和宣誓

\_\_\_\_\_  
俄勒冈州公证人

本人的委托到期日期\_\_\_\_\_ (盖章)

原件： 巡回法院  
副本： CMHP 主管

将此表格提交给您所在郡的 CMHP 主管。此表格必须经过公证。您在提交此表格时，  
还必须填写和附上表格 CC09A。

俄勒冈州卫生局  
行为健康部门  
两方请愿书的案件历史记录

此信息将与调查员、法院、当事人的律师和治疗机构分享。

A. 有关当事人的信息

姓名: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_ 性别: ☐ 女 ☐ 男 ☐ X

住宅地址: \_\_\_\_\_

当前位置 (如果不同) (机构、无家可归者、监狱等): \_\_\_\_\_

当前位置的地址: \_\_\_\_\_

B. 其他联系人信息

姓名: \_\_\_\_\_ 关系: \_\_\_\_\_

电子邮箱地址: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

C. 有帮助的背景信息

婚姻状况: ☐ 单身 ☐ 已婚 ☐ 分居 ☐ 离婚 ☐ 丧偶 ☐ 有伴侣

收入: ☐ VA ☐ SSB ☐ SSI ☐ SSDI ☐ 有薪工作 ☐ SNAP ☐ 子女抚养费

Medicaid: ☐ 是 ☐ 否 Medicare: ☐ 是 ☐ 否 私人保险: ☐ 是 ☐ 否

受教育程度: ☐ 高中 ☐ 大学肄业 ☐ 两年制大学 ☐ 四年制大学 ☐ 研究生水平 ☐ 无

已就业: ☐ 是 ☐ 否 当前或以前的职业: \_\_\_\_\_

退伍军人: ☐ 是 ☐ 否 宗教偏好: \_\_\_\_\_ 语言: \_\_\_\_\_

D. 外显问题

您观察到哪些第一手信息, 让您相信当事人患有精神障碍且对自身或他人构成危险, 或无法满足基本个人需求?

选择任何目前描述当事人的以下特征或行为。

卧床不起	紧张	害怕	兴奋	焦躁不安	暴力
不整洁	抑郁	破坏性	自杀	冷漠	无精打采
敌意	可疑	杀人	孤僻		
胡言乱语、东拉西扯、思维或言语混乱					
看到、听到、闻到或感觉到不存在的东西					
对被迫害有不合理的执念或想法					

注: 任何两名人士向 CMHP 提交两方请愿书时, 必须附上这份案件历史记录。

**详细说明您的上述选择（当事人看到或听到您不能看到或听到的东西？胡言乱语，描述生活环境等的例子）**

**您第一次观察到这些特征和行为是在什么时候？它们是突然发作还是逐渐出现？**

**描述可能导致这些问题的任何近期变化、事件、创伤等。**

**在出现这些问题之前，当事人是什么样的？他们以前是否情绪不太稳定，还是适应得更好？**

## E. 当前身心健康护理和治疗

**您知道当事人经历了哪些重大的医疗或心理健康问题？**

---



---

**医疗提供者：**

诊所名称	提供者名称	编号
------	-------	----

**心理健康：**

诊所名称	提供者名称	编号
------	-------	----

**请列出您知道当事人目前开处方的任何药物。指明当事人是否正在服用药物。**

---



---



---



---

## F. 其他问题或挑战

☐是 ☐否

**当事人是否经常使用或滥用药物？**

**如果是，请描述：**

☐是 ☐否

**当事人是否有任何悬而未决的刑事或其他法庭案件？**

**如果是，请描述：**

☐是 ☐否

**当事人是否通常需要满足其基本需求的实际支持？**

**如果是，请描述：**

## G. 其他利害关系人

**还有谁可以提供有关当事人的当前状况、心理健康状况和治疗需求的有帮助信息？**

1	姓名： _____	电话： _____
	电子邮箱： _____	关系： _____
2	姓名： _____	电话： _____
	电子邮箱： _____	关系： _____
3	姓名： _____	电话： _____
	电子邮箱： _____	关系： _____