

俄勒冈州巡回法院

在_____郡

关于 _____
被指控患有精神疾病的人 _____
)

两名人士根据 ORS 426.070 出具
的精神疾病通知

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： _____