附件：

中山市精神分裂症患者应用第二代长效针剂治疗项目实施方案

针对精神分裂症患者管理和治疗难题，为提高该类患者治疗成效和生活质量，保障该类患者病情稳定，减少肇事肇祸案事件发生，根据《广东省人民政府办公厅关于印发广东省进一步加强精神卫生服务体系建设实施方案的通知》（粤府办[2020]20号）等相关文件要求，结合我市实际，制订本方案。

一、实施背景

精神分裂症是一种高复发率、高致残率的慢性迁延性疾病，需要长期服药和预防复发。普通的口服药物需每天服药1-2次，并有不同程度的不良反应，当家属监护不到位时，患者经常存在漏服或不服药的情况。因不规律服药导致的病情反复发作，增加了治疗难度和治疗成本，患者无法回归社会，加大了家属的监护难度，增加了社区管理的困难，给社会和谐稳定带来了风险。

精神分裂症患者暴力风险是普通人群5倍，肇事肇祸案事件发生的主要原因是此类患者未能得到长期维持治疗，其中精神分裂症患者不服药和服药不规律问题尤为突出，成为影响公共安全的重大隐患。为保障药物治疗持续规律，现全市推广精神分裂症患者应用第二代长效针剂治疗。

二、实施目标

（一）减少精神分裂症患者治疗中断的可能性，提高患者服药依从性，提升规律服药率，有效预防和减少患者病情复发。

（二）降低患者社区随访管理负担，减轻患者家庭经济压力，促进患者功能恢复和回归社会，促进社会和谐稳定。

（三）有效预防患者发生肇事肇祸案事件，保障群众生命财产安全。

（四）创新精神卫生社区治疗管理路径和新模式。

三、组织领导

在精神分裂症患者救治救助工作中使用第二代长效针剂，是实现“应治尽治”、规范治疗和预防肇事肇祸发生的重要措施。为使工作顺利开展，成立中山市精神分裂症第二代长效针剂工作领导小组，负责全市精神分裂症患者使用长效针剂工作的统筹推动，协调解决实施过程中遇到的问题和困难；成立实施专家小组，负责长效针剂管理和使用的技术指导，论证长效针剂的选择，筛选和评估长效针剂使用对象，评估长效针剂使用效果，解决使用过程中的技术和管理问题，有关文件另行印发。

四、适用对象

对近一年内危险性评估3级及以上、有肇事肇祸风险、治疗依从性差、无或弱监护的精神分裂症患者，符合以上条件之一的患者经评估无使用禁忌证，推荐使用第二代长效针剂。

五、实施步骤

**（一）对象确定**

1.各镇街社区卫生服务中心、社区卫生服务站精防人员在严重精神障碍患者随访管理中发现。

2.本市精神卫生医疗机构在诊疗中发现，经中山市第三人民医院核实的在册管理患者。

3.如患者未纳入《广东省精神卫生信息平台》管理，必须经家属签订知情同意书，纳入管理方可使用第二代长效针剂。

4.排除使用对象：（1）经专家小组评估不适合使用第二代长效针剂的患者；（2）监护人坚决不同意使用第二代长效针剂的患者。

**（二）知情同意**

使用第二代长效针剂治疗前，预先按照以下情形签订知情同意书：1.患者是完全行为能力人的，由患者本人签订；2.患者是限制行为能力人或无行为能力人的，由监护人签订。

**（三）使用机构**

1.中山市第三人民医院作为使用第二代长效针剂的首选医疗机构；

2.根据工作需要，需在辖区内设置使用第二代长效针剂的医疗机构，经中山市第三人民医院评估验收合格后允许设置使用。

符合使用长效针剂医疗机构条件：

1. 有接受过长效针剂使用技术培训合格的精神科执业医师和护士；
2. 有保存和使用长效针剂的治疗室；
3. 制定完善的管理和执行制度；
4. 具备承接精防日相关工作条件。

**（四）使用流程**

1.筛查：由中山市第三人民医院精神科医师完成诊断复核，初步明确符合使用第二代长效针剂条件患者。

2.评估：由专家小组对患者目前病情进行评估，有无第二代长效针剂使用禁忌症；社区精防、医保、民政、残联等部门确定是否符合享受医保相关政策和其他费用补贴条件。

3.沟通：对符合使用长效针剂的患者，由中山市第三人民医院精神科医师指导社区精防人员对患者及家属进行用药前的解释说明，进行心理教育，共同确定治疗目标。

4.治疗：根据患者病情评估，选择以下两种长效针剂：棕榈酸帕利哌酮注射液1M（商品名：善思达），每1个月注射一次；棕榈帕利哌酮酯注射液3M（商品名：善妥达），每3个月注射一次。

5.随访：

（1）门诊随访：中山市第三人民医院精神科医师通过短信、微信、电话等形式提醒患者按时复诊和注射长效针剂，并对患者进行健康教育，填写《中山市精神分裂症患者第二代长效针剂使用记录表》。

（2）基层随访：辖区精防人员按照国家基本公共卫生服务规范进行随访，掌握患者使用长效针剂治疗后的病情变化、不良反应和社会功能恢复情况，并约定提醒下次注射长效针剂和随访时间。填写《中山市精神分裂症患者第二代长效针剂使用随访表》。

6.中途退出：在使用过程中，患者主动退出使用第二代长效针剂治疗或其他原因退出时，由中山市第三人民医院精神科医师调整药物治疗方案。

六、费用支撑

**（一）使用精神分裂症长效针剂治疗参保人一类门特最高支付限额**

对已认定精神分裂症一类门特病种且符合卫生健康部门规定需使用帕利哌酮注射液等长效针剂治疗的参保人，在指定定点医疗机构治疗该病种发生的门诊医保费用，按同级别定点医疗机构住院支付比例报销，年度最高支付限额由6000元提高到25000元，并纳入基本医疗保险统筹基金年度累计最高支付限额计算。具体以市医疗保障局相关文件要求为准。

1. **精神分裂症参保人的医疗救助保障**

根据《中山市人民政府办公室关于印发中山市医疗救助办法的通知》（中府办〔2020〕48号），从2021年4月1日起，落实重点医疗救助对象门诊和住院发生的医疗费用在享受社会医疗保险待遇后，个人负担的合规医疗费用，按规定给予首次和二次医疗救助。
  **（三）整合现有各部门救治救助经费。**一是按照民政部门相关政策，对符合特困供养人员、最低生活保障对象、低收入对象实施救助帮扶；二是按照残联部门相关政策，对已经办理残疾人证的精神分裂症患者使用社区服用精神病药物费用进行补贴；三是中央补助项目经费等相关经费支持。

七、部门职责

（一）政法：将第二代长效针剂使用作为预防严重精神障碍患者肇事肇祸案（事）件发生的重要措施，协调各部门履行职责，确保顺利实施，纳入平安中山建设考核内容。

（二）卫生健康：作为第二代长效针剂使用的具体负责部门，负责长效针剂品种确定、长效针剂使用医疗机构设置、人员技术培训、使用流程、医疗质控等工作。

（三）财政：负责支持各部门开展长效针剂治疗工作相关经费保障，强化公共卫生保障。

（四）医疗保障：负责将精神分裂症第二代长效针剂医保药品列入门诊特定病种目录范围，负责精神分裂症（限长效针剂治疗）参保人医疗保险和医疗救助等待遇给付，负责提供相关业务咨询、信息查询等服务，指导和督促镇街做好相关的医疗保障经办工作。

（五）民政：负责开展患者家庭经济状况审核认定，对符合救助条件的患者，协助办理认定特困供养人员、最低生活保障对象、低收入对象等身份，以及组织参保等相关工作。

（六）残联：负责动员和组织残疾人（重点是精神分裂症患者）申请评残工作，推动参保及按政策提供康复救助工作。

（七）公安：负责对严重精神障碍患者采取应急处置，在卫健部门要求下协助医疗人员对患者使用长效针剂及联合入户随访。

八、情况汇报

每季度结束前，由中山市第三人民医院总结精神分裂症患者应用第二代长效针剂治疗工作情况、工作成效、存在问题、工作建议及下一步工作计划，并于下一季度10日前报市严重精神障碍患者救治救助工作联席会议办公室。

 附件：中山市精神分裂症患者应用第二代长效针剂个人健 康档案

|  |
| --- |
| **编号□□□□□□-□□□-□□□-□□□□□** **中山市精神分裂症患者****应用第二代长效针剂****个人健康档案**   **姓 名：**  **现 住 址：**  **户籍地址：**  **联系电话：**  **乡镇（街道）名称：**  **村（居）委会名称：**  **建档单位：**  **建 档 人：**  **责任医生：**  **建档日期： 年 月 日** |

**表一 中山市精神分裂症患者应用第二代长效针剂补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者姓名** |  | **性别** |  | **文化程度** |  |
| **身份证号码** |  |
| **居住地址** |  |
| **监护人** |  | **联系电话** |  | **与患者关系** |  |
| **参加医保情况** | □居民医保 □职工医保 □外地医保 □本年无参保 |
| **参加门特情况** | □已参加 □未参加 |
| **家庭经济状况** | □贫困 □家庭经济困难 □非贫困 □其它：\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **残疾评定情况** | □已评定（ 级 残疾，或 ） □未评定 |
| **申请人或代理申请人签名** |  | **申请日期** |  |
| **就诊评估医疗机构** |  |
| **患精神分裂症并近一年内发生□危险性评估3级及以上□有肇事肇祸风险□治疗依从性差□家庭监护能力弱或无监护的****评定医生签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 评定日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **审核意见** |
| **辖区社区卫生服务中心/****疾控中心** | **经审核：****□危险性评估3级及以上□有肇事肇祸风险□治疗依从性差□家庭监护能力弱或无监护的****审核者签名： 日期： （盖章）** |
| **市第三人民医院****（中山市严重精神障碍管理治疗项目办）** | **经审核：****□符合医疗救助条件，同意使用第二代长效针剂补助申请****□不符合医疗救助条件；不同意使用第二代长效针剂补助申请****审核者签名： 日期： （盖章）** |

**表二 中山市精神分裂症患者应用第二代长效针剂**

 **门诊（社区）治疗项目知情同意书**

**尊敬的患者及其家属（或监护人）：**

您好！患者 ，性别 ，年龄 岁，身份证号码 ，目前诊断为 。医生推荐给患者使用第二代长效针剂\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。现向您作以下告知：

1. 药物对本疾病有治疗作用，但也有一定的副作用，个别患者可能会出现体位性低血压、锥体外症状、体重增加、心跳过快、口干等症状，如发现病友出现身体不适或有疑问，可致电85529973/85529716（防保科）85529712（南朗门诊）、88381598（石岐门诊）找医生咨询，或直接送到我院就诊。
2. 建议给患者定期行血常规、肝功能、心电图等辅助检查，以了解药物对身体是否有影响。
3. 对患者履行监护责任，如不履行监护责任，导致患者出现意外甚至死亡（含自杀、自伤），后果自负。

本人已熟读并理解以上内容，同意患者加入该项目使用第二代长效针剂治疗，接受医护人员随访管理。出现非医疗事故原因导致出现意外，不会向项目发起方、相关医院以及其他项目参与人提出任何赔偿要求。

**患者家属（或监护人）签名（手印）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_与患者关系\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**通讯地址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**联系电话:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签名日期 年 月 日 时 分**

**医护人员签名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签名日期 年 月 日 时**

**（以上内容一式三份，市第三人民医院保管一份，镇区精防机构保管一份、患者监护人方保管一份）**

**表三 中山市应用第二代长效针剂患者个人信息表**

**姓名：　　 编号 □□□－□□□□□**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **监护人姓名** |  | **与患者关系** |  |
| **监护人住址** |  | **监护人电话** |  |
| **辖区村（居）委会联系人、电话** |  |
| **户 别** | 1城镇 2农村  **□** |
| **就业情况** | 1 在岗工人 2在岗管理者 3农民 4下岗或无业 5在校学生6 退休 7专业技术人员 8 其他 9 不详  **□** |
| **知情同意** | 1 同意参加社区随访服务管理 0 不同意参加社区随访服务管理 □ 签字人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签字时间: 年 月 日 |
| **初次发病时间** | 年 月 日 |
| **既往主要症状** | 1幻觉 2交流困难 3猜疑 4喜怒无常 5行为怪异 6兴奋话多 7伤人毁物 8悲观厌世 9无故外走 10自语自笑 11孤僻懒散 12其他□/□/□/□/□/□/□/□ |
| **既往关锁情况** | 1无关锁 2关锁 3关锁已解除 □ |
| **既往治疗情况** | **门诊** | 1未治 2间断门诊治疗 3连续门诊治疗　　　 　 □首次抗精神病药治疗时间: 年 月 日 |
| **住院** | 曾住精神专科医院/综合医院精神科 次 |
| **目前诊断情况** | 诊断: 确诊医院: 确诊日期: 年 月 日 |
| **最近一次治疗效果** | 1临床痊愈 2好转 3无变化 4 加重 □ |
| **既往危险行为** | 1轻度滋事\_\_\_\_次 2肇事\_\_\_\_次 3肇祸\_\_\_次 4其他危害行为\_\_\_\_\_次5自伤\_\_\_\_\_次 6自杀未遂\_\_\_次 7无 □/□/□/□/□/□ |
| **经济状况** | 1贫困，在当地贫困线标准以下 2非贫困 □ |
| **是否为****精准扶贫对象\*** | 0 否 1是 □ | 是否为监护补助对象\* | 0 否 1是 □ |
| **领取残疾人证****情况\*** | 0 未领取 1精神残疾人证（请注明等级） 2其他残疾人证 □ |
| **是否为关爱帮扶小组服务对象\*** | 0 否 1是 □ | 是否为家庭医师签约服务对象\* | 0 否 1是 □ |
| **是否参加****社区康复服务\*** | 0 否 1 是 □ |
|  **专科医生的意见(如果有请记录)** |  |
| **填表日期** | 年 月 日 | 医生签字 |  |

**表四 长效针剂使用前评估表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  |
| **身高** |  | **体重** |  | **腹围** |  |
| **体温** |  | **脉搏** |  | **呼吸** |  | **血压** |  |
| **血常规** |
| **WBC** |  | **RBC** |  | **HGB** |  |
| **生化** |
| **AST** |  | **ALT** |  |
| **总胆固醇** |  | **甘油三酯** |  |
| **血糖** |  |
| **心电图** |  |
| **需符合下面条件之一：** |
| 精神分裂症患者近一年内发生□危险性评估3级及以上□有肇事肇祸风险□治疗依从性差□家庭监护能力弱或无监护 |
| **不具有下面条件之一：** |
| * 有利培酮或帕利哌酮过敏 是□否□
* 聚山梨醇20、聚乙二醇4000、一水柠檬酸、磷酸氢二钠、一水磷酸二氢钠、氢氧化钠等过敏 是□否□
* 脑血管意外史 是□否□
* 嗜酒史或吸毒史 是□否□
 |

**表五 中山市精神分裂症患者第二代长效针剂使用记录表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **文化** |  |
| **身份证号码** |  |
| **居住地** |  |
| **监护人** |  | **联系电话** |  | **与患者关系** |  |
| **随访管理机构** |  |
| **参加医保情况** | **□居民医保 □职工医保 □外地医保** |
| **就诊医疗机构** | **□市三院 □其他医院（ ）** |
| **□危险性评估3级及以上 □有肇事肇祸风险 □治疗依从性差 □无或弱监护** |
| **长效针剂使用情况记录** |
| **次数** | **针剂****名称** | **剂量****(mg)** | **副作用** | **病情** | **医师** | **肌注日期** | **下次肌注日期** |
| **1** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **2** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **3** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **4** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **5** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **6** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **7** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **8** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **9** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **10** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **11** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **12** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |
| **13** |  |  |  |  |  | **年 月 日** | **年 月 日** |

**注：长效针剂使用情况记录中针剂名称、副作用和病情使用代码记录：**

 1、针剂名称：① 善思达；② 善妥达

2、副作用： ① 体位性低血压 ② 锥体外症状 ③ QT间期延长 ④ 体重增加

⑤ 心跳过快 ⑥ 口干 ⑦ 禁忌症

3、病情：① 稳定 ② 基本稳定 ③ 不稳定 ④ 住院

**表六 中山市精神分裂症患者第二代长效针剂使用随访表**

**姓名：　　 编号□□□－□□□□□**

|  |  |
| --- | --- |
| **随访日期** | 年 月 日 |
| **本次随访形式** | 1门诊 2家庭访视 3电话 □ |
| **本次随访对象\*** | 1患者本人 2患者家属、监护人3 其他知情人□/□/□ |
| **若失访，原因** | 1外出务工 2迁居他处 3走失 4 连续3次未访到 5其他 □ |
| **如死亡，日期****和原因** | 死亡日期 | 年月日 |
| 死亡原因 | 1躯体疾病①传染病和寄生虫病 ②肿瘤 ③心脏病 ④脑血管病 ⑤呼吸系统疾病 ⑥消化系统疾病 ⑦其他疾病 ⑧不详 □2自杀 3他杀 4意外 5精神疾病相关并发症 6其他 □ |
| **危险性评估** | 0（0级） 1（1级） 2（2级） 3（3级） 4（4级） 5（5级）  | □ |
| **目前症状** | 1幻觉2交流困难3猜疑4喜怒无常 5行为怪异 6兴奋话多7伤人毁物 8悲观厌世 9无故外走10自语自笑 11孤僻懒散12其他□/□/□/□/□/□/□/□/□/□/□/□ |
| **自知力** | 1自知力完全 2自知力不全 3自知力缺失 | □ |
| **睡眠情况** | 1良好 2一般 3较差 | □ |
| **饮食情况** | 1良好 2一般 3较差 | □ |
| **社会功能情况** | 个人生活料理 | 1良好 2一般 3较差 | □ |
| 家务劳动 | 1良好 2一般 3较差 | □ |
| 生产劳动及工作 | 1良好 2一般 3较差 9此项不适用 | □ |
| 学习能力 | 1良好 2一般 3较差 | □ |
| 社会人际交往 | 1良好 2一般 3较差 | □ |
| **危险行为** | 1轻度滋事\_\_\_\_\_\_次 2肇事\_\_\_\_\_次3肇祸\_\_\_\_\_\_次 4其他危害行为\_\_\_\_\_次5自伤\_\_\_\_次 6自杀未遂\_\_\_\_\_\_\_次 7无 □/□/□/□/□/□ |
| **两次随访期间****关锁情况** | 1无关锁 2关锁 3关锁已解除 | □ |
| **两次随访期间****住院情况** | 0未住院 1目前正在住院 2曾住院，现未住院 □末次出院时间： 年 月 日 |
| **实验室检查** | 1无 2有 | □ |
| **用药依从性** | 1按医嘱规律用药 2间断用药 3不用药 4医嘱勿需用药  | □ |
| **药物不良反应** | 1无 2有 9此项不适用 | □ |
| **治疗效果** | 1痊愈2 好转 3 无变化 4 加重 9此项不适用 □ |
| **转诊情况\*** | 是否建议转诊：1否 2是，需转诊原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □是否已转诊： 1否 2是，转诊的机构及科室\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ |
| **用药情况\*** | 药物1： | 每日(月)剂量 mg |
| 药物2： | 每日(月)剂量 mg |
| 药物3： | 每日(月)剂量 mg |
| **用药指导\*** | 药物1： | 用法:早 　　mg；中 　　mg；晚 　　mg长效药: 每 　　周一次；每次 　　mg |
| 药物2： | 用法:早 　　mg；中 　　mg；晚 　　mg长效药: 每 　　周一次；每次 　　mg |
| 药物3： | 用法:早 　　mg；中 　　mg；晚 　　mg长效药: 每 　　周一次；每次 　　mg |
| **康复措施** | 1生活劳动能力 2职业训练 3学习能力 4社会交往 5其他 □/□/□/□/□ |
| **本次随访分类** | 1不稳定 2基本稳定 3稳定 | □ |
| **下次随访日期** | 年 月 日 | 随访医生签名 |  |

|  |
| --- |
| **健康体检表及特殊记录附件：** |