



覆核監護令之醫療報告 [註1]

精神上無行為能力人士的資料

1. 姓名 [請列印]: _____

註冊醫生的資料

2. 姓名 [請列印]: _____

3. 資格: _____

4. 職位: 私人執業 / 衛生署醫生 / 醫院管理局醫生 / 外展醫生 / 其他 * _____

5. 首次診治: _____ 診治次數: _____

6. 最後診治: _____ (日/月/年)

聲明 [重要事項: 此部份, 即第 7, 8, 9, 10 及 11 題必須全部作答]

7. 本人認為該人士仍然: [請 ✓]

- a) 患精神病, 請註明**診斷**症狀:
- 精神分裂症
 - 妄想症
 - 阿爾茨海默氏病
 - 血管型腦痲呆症
 - 綜合性腦痲呆症
 - 其他: 請註明: _____
- b) 屬智力及社交能力的顯著減損的心智發育停頓或不完整的狀態, 並有異常侵略性或極不負責任的行為;
- c) 患精神病理障礙;
- d) 不屬弱智的任何其他精神失常或精神上無能力: [請✓]
- 中風(腦血管意外 / 出血)
 - 獲得性腦損傷
 - 因中風引致認知不足
 - 持續性植物狀態
 - 昏迷 / 半昏迷
 - 其他: 請註明: _____
- e) 屬弱智(發展遲緩)

8. 是否有機會復原? [請✓]

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| 是 | <input type="checkbox"/> 停滯及永久性 | <input type="checkbox"/> 逐步惡化 |
| | <input type="checkbox"/> 逐步退化 | <input type="checkbox"/> 不穩定, 但普遍沒有好轉 |
| | <input type="checkbox"/> 嚴重 | <input type="checkbox"/> 不理想 |
| | <input type="checkbox"/> 不穩定 | <input type="checkbox"/> 有進展 |
| | <input type="checkbox"/> 其他: 請註明: _____ | |

9. 本人根據醫學意見，信納當事人屬精神紊亂 / 弱智*，而其性質或程度足以構成理由將他繼續收容監護。本人亦信納其精神紊亂**仍然**限制該精神上無行為能力的人就與其個人情況有關的所有或佔相當比例的事宜作出合理的決定。本人現提出下列之描述 [例如現有病徵、診治的任何變化、現有治療、相關之測試 / 評估 / 檢查 及其他結果及報告。自上一次監護令的日期後，以這些支持你的意見，例如：簡短式智能評估 (MMSE)，格拉斯格昏迷量表(GCS)，腦部電腦掃描(CT)]

[請填寫]

10. 現時之治療法？與上述相同？
若不同，請在此註明：

11. 請列出他 / 她能力上的限制： -

- (a) 此精神上無行為能力的人現時之精神上無能力是否**仍然**限制其對醫療 / 牙科治療之決定及接受該治療，包括藥物治療？

- (b) 此精神上無行為能力的人現時之精神上無能力是否**仍然**限制其處理財務之能力？

- (c) 此精神上無行為能力的人現時之精神上無能力是否**仍然**限制其自理能力、接受訓練、適應能力及安排住宿？

12. [請] 因此，本人認為該精神上無行為能力的人的福利或為保護他人着想，有需要將他 / 她繼續收容監護。

13. 你是否可以提供任何建議予本委員會參考？ [請註明]

14. 本委員會可能需要進一步聯絡你以澄清有關事宜，請提供聯絡資料。

電話 / 手提電話號碼：_____ 傳呼機號碼：_____

醫院 / 診所*：_____

簽署：_____ 日期：_____

* 請刪去不適用者

註 [1] 根據《精神健康條例》(第136章)第59U條，監護委員會可自行或其他人士的提出而覆核監護令。最新的醫療報告有助監護委員會決定是否需要繼續作出監護令。

監護委員會

香港九龍尖沙咀漢口道 28 號亞太中心 807 室
電話號碼：(852) 2369 1999 傳真機號碼：(852) 2739 7171