

## 美沙冬替代治療補助申請流程

- 一、身份證欄位需設籍雲林縣
- 二、填妥申請書（申請書包括：雲林縣藥癮個案醫療轉介單、戒毒個案基本資料表、雲林縣毒品危害防制中心替代治療個案保證書、藥癮治療知情同意書）。
- 三、自行影印本人(立書人)及連帶保證人(以家屬為主)身份証正反面影印本各乙份。
- 四、前往本縣藥癮戒治醫院申請。
- 五、本縣戒治醫院為：
  1. 國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
  2. 國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院
  3. 天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院
  4. 中國醫藥大學北港附設醫院

## 美沙冬替代治療補助條件

- 一、設籍雲林縣。
- 二、本身有意願接受美沙冬替代治療，在補助治療期間，需配合醫院之輔導追蹤並須簽署治療同意書。（以家屬配合意願高者優先）。
- 三、首次尋求本縣毒品防制中心協助之戒癮者。
- 四、年齡未滿 20 歲應有法定代理人簽名，滿 20 歲不需法定代理人同意。

## 雲林縣藥癮個案醫療轉介單

(一)基本資料					
姓名		身分證字號		生日	民國 年 月 日
住址				手機	
				市話	
性別	<input type="checkbox"/> 男 ; <input type="checkbox"/> 女	特殊族群	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 孕婦 <input type="checkbox"/> 失業者 <input type="checkbox"/> 其他_____		
(二)毒品使用類型					
<input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 鴉片 <input type="checkbox"/> 嗎啡 <input type="checkbox"/> 古柯鹼			<input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> 搖頭丸 <input type="checkbox"/> 大麻		
<input type="checkbox"/> K他命 <input type="checkbox"/> FM2 <input type="checkbox"/> 喵喵			<input type="checkbox"/> 咖啡包 <input type="checkbox"/> G水(GHB) <input type="checkbox"/> 其他_____		
(三)院內跨科別轉介					
轉出科別核章	<input type="checkbox"/> 感染科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 胃腸肝 膽科 <input type="checkbox"/> 口腔科 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 其他:_____			轉入科別/ 精神(成癮)科核章	
(四)藥癮治療補助轉介申請					
轉介單位	單位： 聯絡人： 電話： 傳真：				
受轉介單位	單位：雲林縣毒品危害防制中心 聯絡人：邱顯文 電話：05-7001351 傳真：05-5347397				
申請藥癮治療補助服務	<input type="checkbox"/> 替代治療補助項目(公務預算)： <input type="checkbox"/> 美沙冬 <input type="checkbox"/> 丁基原啡因 <input type="checkbox"/> 藥癮醫療補助費用(毒防基金) <input type="checkbox"/> C肝快篩補助項目(菸防基金) 中華民國 年 月 日 院所評估人員蓋章：				
(五)社區轉介服務					
<input type="checkbox"/> 就業服務 <input type="checkbox"/> 社會就助 <input type="checkbox"/> 家庭支持(實物銀行) <input type="checkbox"/> 社區心理諮商 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 就學服務(協助就學) <input type="checkbox"/> 雲林縣法律扶助會 <input type="checkbox"/> 其他，_____					

----- (以下衛生局填寫) -----

檢附資料：身分證正反面影本 1 份 連帶保證人身分證正反面影本 1 份  
戒毒個案基本資料表 美沙冬替代治療個案保證書  
藥癮治療知情同意書

- |   |
|---|
| 1. 是否同意辦理藥癮治療費用補助： <input type="checkbox"/> 同意(核實支付，中央補助款) <input type="checkbox"/> 不同意，_____。<br>2. 藥癮治療費用補助項目： <input type="checkbox"/> 美沙冬 <input type="checkbox"/> 丁基原啡因 <input type="checkbox"/> 藥癮醫療補助<br>3. C肝快篩補助項目： <input type="checkbox"/> 同意(核實支付，中央補助款) <input type="checkbox"/> 不同意，_____。<br><p style="text-align: center;">中華民國 年 月 日</p> |
|---|

承辦人員：

主管：

# 戒毒個案基本資料表

(資料要確實填寫)

填表日期      年      月      日

姓 名	身分證字號	出生年月日	生理性別
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住 址	1. 戶籍地:	電話: 手機:	
	2. 居住地: <input type="checkbox"/> 同上	電話: 手機:	
個 人 狀 況	一、婚姻 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚，育有__男__女 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 二、學歷 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學 畢(肄)業 三、健康 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 欠佳 (如 <input type="checkbox"/> 愛滋病 <input type="checkbox"/> B、C肝 <input type="checkbox"/> 其他慢性疾病_____) 四、工作 <input type="checkbox"/> 長期穩定的工作 <input type="checkbox"/> 臨時工 <input type="checkbox"/> 無業 <input type="checkbox"/> 待業中 五、家庭經濟 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 小康 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 急需救助 六、居住情形 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人同住，居住房屋為 <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 承租 七、服刑紀錄 <input type="checkbox"/> 觀察勒戒__次 <input type="checkbox"/> 強制戒治__次 <input type="checkbox"/> 服刑__次 <input type="checkbox"/> 無 八、是否保護管束： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 九、初次使用藥物原因： <input type="checkbox"/> 好奇心 <input type="checkbox"/> 朋友誘惑 <input type="checkbox"/> 心情低落 <input type="checkbox"/> 家人因素 <input type="checkbox"/> 其他_____ 十、藥物濫用種類： <input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> 搖頭丸 <input type="checkbox"/> K他命 <input type="checkbox"/> 安眠藥 <input type="checkbox"/> 其他_____ 十一、是否願意接受衛生局所提供之免費心理諮商(採預約制): <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
密 切 保 持 聯 絡 之 親 友	姓名：	關係：	電話： 手機：
	姓名：	關係：	電話： 手機：
備註：			



# 雲林縣毒品危害防制中心替代治療個案

## 保證書

立書人 生日： 年 月 日

茲保證參加此次美沙冬替代治療/丁基原啡因替代治療計畫，願遵守下列之約定，如有不遵守等情事，立書人及連帶保證人須放棄先訴抗辯權，所具保證屬實。

- 一、接受美沙冬替代治療/丁基原啡因替代治療之藥癮者，需配合醫院之療程、處遇，輔導與追蹤至少 6 個月。
- 二、接受美沙冬替代治療/丁基原啡因替代治療之藥癮者與家屬，自願接受毒品危害防制中心之追蹤輔導定期與不定期之電話關懷或是家庭訪視。
- 三、不同時於二處申請參加美沙冬替代治療/丁基原啡因替代治療補助。
- 四、藥癮者及家屬如不遵守約定，藥癮者將依違反毒品危害防制條例之規定，送法究辦。
- 五、如有不遵守上列情事，立即取消補助資格，並繳回已補助之金額。

此致

雲林縣毒品危害防制中心

立書人： (簽章)

地址：

身分證號碼：

電話：

連帶保證人： (簽章)

關係：

地址：

身分證號碼：

電話：

※備註：保證人需以家人或親友為優先，若無請於空白處註明申請人與保證人關係為何，請確實填寫。

## 藥癮治療知情同意書

本人\_\_\_\_\_在經過醫療團隊說明後，瞭解藥癮和糖尿病、高血壓等慢性病一樣，需要長期、穩定的接受治療及復健，也明白藥癮治療為自費醫療（未納入健保）。本人願意接受醫療團隊排定之治療計畫（包括轉介他院接受藥癮治療及依本人需要提供之病況追蹤與電話關懷），並於衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」建立本人病歷資料（含介接及處理本人成癮治療期間於醫療機構之就醫資料）。此外，

同意 不同意

參與「衛生福利部藥癮治療費用補助方案」，及配合衛生福利部補助費用管理之需要，及俾利醫療機構提供本人所需之共病照護及持續追蹤，於本人接受藥癮治療結束後1年內，同意衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」介接及處理本人於醫療機構之就醫資料，也願意遵守治療費用補助方案之規定：

- (1) 無重複請領補助或遭取消補助資格之情事，如有不實，願意繳回溢領之款項。
- (2) 對於已排定或已預約之治療，應配合接受治療，如連續2次無故未依約接受治療，將取消補助資格。

同意 不同意

\_\_\_\_\_（治療機構）為本人藥癮治療需要，自衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」跨院查詢本人就醫情形。

衛生福利部及\_\_\_\_\_（治療機構）針對上開本人之各項就醫資料，應依醫療法及個人資料保護法妥為保管，本人依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本同意書之權利。

治療機構：\_\_\_\_\_

立書人：\_\_\_\_\_

說明人員：\_\_\_\_\_

法定代理人：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

電 話：\_\_\_\_\_

電 話：\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_年 月 日

日 期：\_\_\_\_\_年 月 日

♥若需變更預約接受治療時間，請撥打\_\_\_\_\_（治療機構聯繫電話）。

♥衛生福利部毒品危害防制中心24小時免費諮詢專線：**0800-770-885**

（請請你、幫幫我）

衛生福利部 關心您！