

精神科服務隸屬於學生健康中心，執行相同的政策及程序維護患者權利與責任。如需透過網路連線獲取更多資訊，也請查閱 <https://shc.uci.edu/psychiatric-mental-health-services/mission>。

我們致力營造安全保密的氛圍促進個人成長以提升您的整體福祉。您有權基於種族、族裔、國籍、宗教、性別、年齡、精神或身體障礙、性取向、遺傳資訊或付款方式，根據健康護理政策或法律要求獲得有尊嚴且受尊重的一致性保險福利。互相尊重的環境至關重要。

精神科服務由治療提供者的精神科醫師組成。此外，我們還有執業臨床社會工作者、執業精神病學技師、櫃台客服人員以及心理健康管理專家，以方便您獲得護理。我們的合作可能涉及心理治療及/或藥物治療。所有治療都需要您的積極參與：願意開誠布公地談論您的生活及/或依照建議方式服藥，並與我們合作解決可能出現的任何困難。

在您完成看診後，我們將透過安全訊息向您傳送滿意度調查。請利用此調查提供回饋意見，因為 **SHC** 行政部門將依照這些資料決定資助計畫、持續性服務及其他決策。滿意度調查將審視您在學生健康中心的個人體驗。

我們竭力為您提供優質的醫療保健服務。但是，我們瞭解有時可能出現誤會。敬請瞭解，您有權採取公正有效的程序對精神科服務提供的護理提出投訴，以解決與我們之間的分歧。第一步是在申訴表上寫下投訴內容，然後交給行政部門或學生健康中心的任何行政助理。您可以在學生健康中心本館或以線上方式索取 *服務意見表*。

**心理治療：**由於心理治療的目標是協助您以新角度看待生活，因此有時可能會揭開生活中的痛苦或造成情緒困擾。心理治療的工作關係很獨特。您對心理健康服務提供者的感受也是治療的重要一部分，無論是正面或負面感受，都該加以討論。為防萬一，如果治療後使得您感到更惡化或發現更嚴重的疾



病，在這樣的情況下，我們需要您同意採取所有適當措施以幫助您克服問題。

\_\_\_\_\_ 我確認，即使我還有其他心理治療師，我也會與醫師討論我的生活層面。這表示我們將保持更高度的專業界限，包括當您在治療環境外遇到醫師時，醫師會基於保密目的，只在您主動開口後才向您致意或打招呼。如此有助於保護您的隱私和保密性。這也表示即使您可能自然對醫師個人感覺好奇，也不適合提出討論。當您接受醫療服務提供者的治療時，請提出與此有關的任何疑問或疑慮。

**藥物治療：**如果您有處方用藥，請諮詢醫師。醫師將為您說明處方用藥的副作用。如果您在使用藥物時遭遇任何意外困難，請告知我們。請在就診前檢查您的藥物供應量，以便我們可以親自處理處方，而不必在您的藥物即將用盡時，再另外預約補藥。使用安全的線上患者健康入口網站，是在預約時間外透過學生健康中心藥房補藥的首選方法。我們不接受撥打電話要求補充處方藥，必須透過我們的內部系統、傳真或使用紙本處方。*請注意，必須先安排好追蹤預約時間，否則無法補充處方藥。*同時請注意，藥物即將用完不屬於緊急情況，因此不適合撥打緊急專線。如果您已收到臨時處方藥，應考慮將按其成本支付該藥物，或希望使用保險給付補充處方藥。根據您的保險規定，您可能必須為不到 **30** 天的藥物供應劑量支付和 **30** 天藥物供應劑量相同的共付額。

\_\_\_\_\_ 我確認，我有責任維持藥物供應量，並在補藥到期前安排預約。

我也有責任向醫師告知任何藥物變化。

\_\_\_\_\_ 我將依照處方用藥，而且未經醫師指示不會擅自增加、減少、開始或停止用藥。唯有開立處方醫師或學生健康中心的保險醫師應該為我開立精神科處方藥。



**隱私和保密性：**隱私和保密性是心理健康治療的基石。為了符合保險承保範圍的條件，可能需要有關您診斷與治療的基本資訊。您應該瞭解，根據您的要求提供給保險公司或管理照護公司的任何資訊，在之後均不屬於我們的管轄範圍。

心理健康資訊可獲得更高程度保護。我們能夠為了治療、診斷、支付或自身營運的目的，在學生健康中心內與其他醫療服務提供者，以及其他學生健康中心工作人員討論您的資訊。一般而言，除非法律要求，否則我們不會向第三方披露您的健康資訊。我們無法為您維持保密性的情況包括：為了防止對患者或他人造成傷害、虐待行為通報（兒童、年長者、明顯的身體跡象）、為精神健康專業人員在法律訴訟中辯護、對精神健康專業人員的專業地位進行管理監督、在訓練情況中保密監督，或患者死亡時的法醫調查。臨床社會工作者和精神科醫師皆為保密資訊來源，但我們的行政專家、執業精神病學技師及其他初級保健工作人員可能並非都獲得授權。

\*作為大學的負責員工，且同時為執業臨床精神健康專業人員，大多數創傷披露都受到保密。若被告為 UCI 醫療保健提供者，我們依法要將您可能遭遇性暴力或性騷擾的通報向第九條/平等機會與多元化辦公室 (OEOD) 披露。大學將努力為所有學生確保患者安全；因此，我們需要向 OEOD 披露任何和患者護理體驗有相關的疑慮。OEOD 將為您提供您的權利、選項和資源的相關資訊。如有任何疑問，請寄送電子郵件至 [oeod@uci.edu](mailto:oeod@uci.edu)，與 OEOD 聯絡。

如果您同意根據聯邦法及州法發布一般病歷中的醫療資訊，我們將僅披露必要的基本資訊量，以滿足請求目的。聯邦法及州法以及專業組織規定了基本披露準則。

\_\_\_\_\_我確認，當我希望醫療服務提供者與學生健康中心外的人溝通時，我需要簽署健康資訊發布授權書。我負責開始此發布，並可以透過書面形式撤銷發布。有時，我可能也需要為要討論的心理健康資訊簽署兩份授權書。



您在索取學生健康中心製作的紀錄、信函或通訊時，請注意，我們能有最多 15 天的期限回覆您的請求。您可能也需要支付額外的行政費用。

\_\_\_\_\_ 我確認，處理紀錄、文件和信函的請求可能需要最多 **15 個工作日**，並且一定需要簽署資訊發布授權書。除非您有面臨醫療緊急事件的風險，否則和第三方的口頭溝通亦需徵得您的同意。在緊急情況下，將僅針對該情況披露適當的相關資訊。

**選擇醫療服務提供者：**除了尋求學生健康中心的服務，本科生保險計畫 (USHIP) 及研究生保險計畫 (GSHIP) 政策允許您前往治療網路內的醫療服務提供者就診。所有轉介至學生健康中心之外治療網路的健康保險計畫 (SHIP)，都必須獲得我們保險辦公室的授權。有時為了向校園社群提供公平服務，我們將對您的治療實行療程限制。療程限制可能每年依各保單年度變更一次，並將適用於每位尋求服務的學生。如果您希望在療程結束後繼續治療，我們將盡力為您提供新醫療服務提供者的聯絡方式，並且很樂意透過適當的資訊發布為您的護理過渡。

您可能會發現正在合作的醫療服務提供方式不符合您的需求。請務必與醫療服務提供者溝通，以便他們能聆聽您的想法。如果您和醫療服務提供者決定更適合由其他臨床醫師為您提供服務，請務必針對這點討論以妥善結束治療。在這種情況下，我們將嘗試協助您的護理過渡。

作為維護隱私和保密性的一部分，我們將盡力確保為您的護理保密。我們會採取額外措施，包括確保室友、夫婦或家庭成員不會由相同的臨床醫師提供治療。

\_\_\_\_\_ 我確認，如果我出於自身意願希望更換更適合的醫療服務提供者，並且如果要在學生健康中心內更換，我將需要和目前的醫療服務提供者展開退出面談/預約。另外，我也負責披露任何潛在的利益衝突，例如我是否和朋友、



室友、伴侶或家庭成員接受相同醫療服務提供者的治療，而且我可能進而必須更換為其他醫療服務提供者。

**通訊：**根據您在學生健康中心接受的持續護理，我們可能必須向您告知您的健康資訊。請務必提供一個能與您聯絡的有效保密電話號碼。請注意，電子郵件不是保密的通訊方式。如果您需要線上通訊方式，請直接存取或透過 SHC 網站 <http://www.shc.uci.edu/> 進入 [WH&CS 患者入口網站](#)，使用安全的線上訊息系統。您可以在此處傳送安全訊息給您的醫療服務提供者。安全健康訊息不得用於緊急情況，僅適用於日常通訊。如遇緊急情況，請務必致電學生健康中心。如果在極少數情況下，意外收到定期的電子郵件通訊，都會放入病歷中。

您將收到自動提醒，以提前通知您的預約安排。請不要只依賴這個方式確保您能準時赴約。您仍有責任自行安排和追蹤您的預約。

我們需要您提供保密電話號碼及有效地址（不接受郵政信箱），以提供更好的護理。特別是當我們對您的健康有疑慮時，我們將會需要嘗試與您聯絡。請務必於指定時間內回覆我們的查詢。如果無法及時收到您的回覆，我們可能會代表您請求安危檢查，包括致電校園警察或您居住城市的警察，以確保您的安全無虞。

\_\_\_\_\_我確認，我將被要求在一定時間內回覆學生健康中心。如果我未能及時回覆，且醫療服務提供者對我的健康有疑慮，可能會有校園警察拜訪我並進行安危檢查，以確保我的安全無虞。

\_\_\_\_\_我確認，如果我想使用電子通訊和醫療服務提供者溝通，僅能使用安全的患者健康入口網站，並且僅限於日常的非緊急事項。

**預約：**我們希望針對您的持續護理保持清楚的溝通。請務必及時進行追蹤預約。您也必須依照醫療服務提供者決定的頻率就診。我們竭力準時完成您



的預約。可能會有極少數的醫療情況需要改變排程。感謝您在這段期間的耐心等待。請同樣按照指定的預約時間到達。如果到達時已超過預約時間的一半 (1/2) (例如預約上午 10:00-10:25 的時段，並在上午 10:14 才到達)，將會要求您重新安排預約，並且可能需要支付與您的處方藥有關的額外費用。

\_\_\_\_\_我確認，如果我在 20 分鐘或 45 分鐘的預約時段遲到一半以上的時間，我將被要求重新安排預約，並可能產生額外的處方藥費用。

**緊急情況：**如果您的病情在學生健康中心的下班時段惡化，請尋求醫療幫助。緊急情況的例子包括您有自殺念頭，或感覺到想結束生命的衝動。其他例子包括充滿暴力和憤怒的想法，並有攻擊他人的衝動。如果您是和學生健康中心的精神科醫師合作，請在出現上述情況時，立刻致電在醫療服務提供者語音信箱中提供的緊急專線。全國心理健康危機熱線是 **988**。這是和全年全天候服務的國家生命線一樣的電話號碼，若您或您摯愛的人有自殺風險：請致電或傳簡訊至 **988**。

UCI 學生健康中心也提供全年全天候諮詢護士熱線的支援服務，電話：**(949) 824-3870**。

如果您的病情嚴重或在我們的下班時段出現緊急情況，請立即致電 **911** 尋求幫助。調度員將與您交談，並詢問您的情況。調度員將確保醫護人員找到您，並確保您獲得醫療護理。醫護人員可能會將您帶到附近的醫療機構，以便您盡快獲得醫療護理。

請務必在緊急情況發生後的 **48** 小時內致電學生健生中心保險服務辦公室，電話：**(949) 824-2388**，以便他們幫助您安排支付急診醫療帳單。

### 州外旅行/出國旅行/暑假旅行

我們的醫療服務提供者擁有加州地區醫師執業證照。



積極治療的患者需要平均每三 (3) 個月就診一次。您應提前並盡快與醫師討論任何旅行計畫，包括準備州外或國外實地研究、留學教育 (EAP) 或加州大學華盛頓特區 (UCDC) 學術實習計畫。由於精神健康需求可能因環境改變而變化，且大部分醫療決策最好能面對面問診，因此我們建議您提前計劃，以在目的地取得醫療護理。

因此在理想情況下您需事先確認下一位執業醫師的所在地，並寄送醫療護理紀錄副本以便順利過渡。如果無法做到這一點，將根據具體情況限制您的醫療及精神科檢查/批准

出國旅行。我們的執業醫師僅在加州地區有醫師執業證照。我們認為未親自檢查而僅使用電話或安全訊息無法做出安全決策，也不符合護理道德標準。

如果您的假期很短（例如少於兩個月），請注意，您的藥房福利可能會允許「假期例外」，讓您提早獲得有限的補充藥物，以滿足旅行需求。

**其他校園單位/服務：** 正規註冊學生得有資格在校園諮詢中心獲得免費諮詢服務：(949) 824-6457。

如果您是 SHIP 學生，保險計畫提供全年全天候護士專線：USHIP 和

GSHIP（安森藍十字/Elevance）：(877) 351-3457

出現緊急精神科情況的學生也可致電另一個保險計畫電話號碼：

USHIP 和 GSHIP（安森藍十字/Elevance）：(866) 940-8306

**您的責任：** 您的個人護理參與度愈高，愈有可能實現最佳醫療結果。此類責任包括：



- 自我監控兩次預約之間的病況，並與精神科醫師溝通想法及感受；每次就診前準備需要討論的內容。負起責任盡量養成健康習慣，例如定期運動、有均衡營養的飲食、獲得充足休息和睡眠、避免使用菸草、抽香菸或吸食大麻、不過量飲酒、不使用非法物質、謹慎管理時間、需求、人際關係和壓力。
- 和您的醫療服務提供者共同做出健康護理的決定。
- 和您的醫療服務提供者合作，共同制定並執行議定的治療計畫。披露相關資訊，並清晰表達願望和需求。
- 尊重學生健康中心的工作人員和其他患者。
- 真誠履行財務義務。
- 瞭解健康計畫承保範圍和健康計畫選項
- 遵守健康計畫、健康護理服務提供者及政府健康福利計畫的行政與運作程序
- 向有關部門或法律機構檢舉不法行為和欺詐行為
- 以書面及電子形式提供患者滿意度調查的回饋意見。

\_\_\_\_\_充分履行您的自我健康護理治療職責，包括上述內容並遵循精神健康團隊給予的指示。為了符合積極參與心理健康服務患者的定義，您需要平均每 90 天就診一次。這一點可能需視個案具體情況而異。但是，如果您正在旅遊或計畫到州外或國外進行長時間旅行，請務必事先確認前往地區的就醫地點。在無法親自檢查的情況下，可能不適合透過電話為您提供醫療護理。在這種狀況下，建議您親自前往所在地區的當地醫療服務提供者就診。

我們期待為您提供優質的健康護理。

**獲得本紙本通知書副本之權利：** 您有權獲得本紙本通知書副本。您可隨時要求我們為您提供本通知書副本。即使您同意以電子方式接收本通知，仍有權取得本紙本通知書的副本。



行為科學委員會接受，並回應有關臨床社會工作者在執業範圍內提供服務的投訴。您可透過線上方式 [www.bbs.ca.gov](http://www.bbs.ca.gov)，或致電 (916) 574-7830 和委員會聯絡。

### 患者須知

所有醫師皆由加州醫學委員會授權並監管。如欲核對授權或提出投訴，請前往 [www.mbc.gov](http://www.mbc.gov)

請傳送電子郵件至：[licensecheck@mbc.gov](mailto:licensecheck@mbc.gov) 或致電 (800) 633-2322



您在下方的簽名即表示確認您已閱讀並收到前述內容。您可隨時和您的醫療服務提供者討論此情況及其內容。

---

簽名

---

學生 ID

---

日期

---

正楷姓名

---

出生日期

