

# 臺中市青少年戒癮治療計畫—說明/同意書

附件1

毒品濫用已嚴重危害青少年的身心健康與人際關係，根據國外研究指出，要有效協助青少年遠離毒品的誘惑，必須從青少年的身心輔導、家庭與社會支持系統做起，尤其「醫療」對於多次施用毒品之青少年而言，更為重要。為了鼓舞青少年朋友勇敢站出來面對毒品問題，也協助家人學習如何幫助家中正面臨毒品困擾的孩子，臺中地檢署與臺中市政府特別結合醫師、個管師、心理師、社工師等，以「治療」為核心，伴隨心理輔導與親子溝通，希望增強青少年拒絕毒品的決心與能力，改善家庭與人際互動關係，一同從心開始，重新出發。

## 壹、輔導及治療內容：

- 一、由個人或轉介單位提出申請後，須先經衛生局及醫院審核評估通過。
- 二、家長（監護人、法定代理人或安置機構）需於預約時間內回診，陪伴孩子前往醫院，一同關心孩子努力改變的過程。
- 三、治療期程：至少3個月
- 四、由醫療團隊評估並規劃適合的治療方式，內容如下：
  - (一) **定期回診**：由醫師評估視個案狀況，安排回診4-7次並搭配驗尿，其尿液結果不具法律效應，僅供醫療團隊作為治療進展之參考依據。
  - (二) **個管師會談**：由個管師視個案及家屬狀況，搭配回診時間進行會談，30分鐘/次。
  - (三) **心理治療**：由醫療團隊評估是否需進入此療程。
    1. 個別心理治療：經醫師評估需接受個別心理治療者，1小時/次，共6次。
    2. 家族治療：以有意願之個案及家屬為優先，1.5小時/次，共6次。
- 五、治療費用：針對藥癮治療費用全額由公家補助

## 貳、個人隱私與權益

本計畫治療過程將提供安全、安靜的環境，在隱密且不受干擾的空間下接受治療與輔導，若治療中有任何問題與建議，皆可以隨時提出，電話為04-25265394轉5651（涂個管師）。相關個人資料，亦受到「個人資料保護法」之保障，不會非法外洩。

※備註：是否願意知會學校一同輔導關心個案 願意 不願意

本人已詳閱、理解上述說明，並簽名於下：

接受戒癮治療人（簽名）：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

監護人或法定代理人（簽名）：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

安置機構負責人（簽名）：\_\_\_\_\_ 機構名稱：\_\_\_\_\_

【簽名完成後，正本留存於原單位，另將影本交付上揭簽名人收執，再連同轉介單（附件三）回傳至衛生局】