**附件1**

危机备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 危机事件时间 | 年 月 日 日 | 学生姓名 |  | 性别 |  |
| 班主任 |  | 年龄 |  | 班 级 |  |
| 事件始末 | （事件、地点、相关人员、时间线发展等） |
| 学生在校表现 | （知情意、成绩、行为表现、人际交往等） |
| 家校沟通内容记录 | （联系人、家庭情况、沟通情况和进展等） |
| 干预措施 | （对事件相关人员的安抚和交流等） |
| 备注 | （当事人相关事件等） |

**附件2**

心理危机转介各单位联系方式

**一、市、区未成年人成长指导中心联系方式：**

1. 常州市未成年人成长指导中心 联系电话：86617789 岳老师

2. 溧阳市未成年人成长指导中心 联系电话：87578820 汪老师

3. 金坛区未成年人成长指导中心 联系电话：82691500 孙老师

4. 天宁区未成年人成长指导中心 联系电话：85515118 曹老师

5. 钟楼区未成年人成长指导中心 联系电话：88661006 陈老师

6. 新北区未成年人成长指导中心 联系电话：89880234 刘老师

7. 武进区未成年人成长指导中心 联系电话：85382561 戴老师

8. 经开区未成年人成长指导中心 联系电话：83733797 朱老师

1. **各有关医院工作时间及联系方式：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医院名称及科室** | **地点** | **到访时间** | **咨询热线** |
| 904医院青少年儿童心理中心 | 天宁区和平北路55号 | 周一至周六工作时间 | 13685204378 |
| 常州市德安医院心理科 | 天宁区丽华北路157号 | 周一至周五工作时间 | 68016801 |
| 常州市第一人民医院临床心理科 | 局前街185号 | 周一至周五工作时间 | 68870976 |

# 附件3

# 学生心理健康状况告知书

尊敬的家长：

您好！经了解，您的孩子 同学（ 年级 班级 学号）在

（ 学校）就学期间，因 发现其有 行为。

（需要记录其认知、情绪、行为、意志等精神状况）

学校已启动心理干预的三级预防系统（学生陪同、教师关注、辅导老师疏导、学校通知监护人），在本阶段尽到了相应的监管职责，在该生未消除自杀（抑郁、躁狂等）意念及行为企图前，如果该生坚持在学校继续学习，其风险程度会升高。本着对学生生命负责的态度，建议监护人应陪同该生前往 （医院）或者综合医院心理科做心理健康状况的评估，看其是否适合继续学业。专业医院的评估对于学校后续给该生提供有针对性的教育环境至关重要，敬请家长重视该生的心理问题，及时就医，并在就医后向学校心理老师反馈结果。如您有就医或转介至社会专业心理咨询机构求助的需求，学校会给予相应的建议。感谢您对学校工作的理解，如诊断后有抑郁状态等类似评估，为保障学生安全，不建议留校住宿。

监护人签名： 电话：

监护人意见： 日期：

# 附件4

不自我伤害契约书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 生日 |  |
| 学号 |  | 班级 |  | 年龄 |  |
| 联系方式 |  | 家庭地址 |  |
| 我对自己目前的心理问题和严重程度有所了解，但仍希望继续留校读书。我与学校约定，自今日起，会好好爱惜自己，无论在怎样的情况下，我都不会做出伤害自己或他人的行为。但是如果发现自己情绪低落，很难控制自杀念头、冲动行为或伤害他人的想法时，我会立刻打电话给心理教师、班主任、家人、朋友或同学，或直接前往学校心理咨询室或班主任办公室，以寻求帮助。若无法联系到心理教师或班主任，我也会及时拨打危机干预热线请求协助。我清楚我的自伤（伤人）行为将会造成咨询必须中断的结果。一旦我有自伤（伤人）的行为，学校将立刻启动危机个案紧急处理系统，通知我的班主任及家长。班主任姓名： 电话： 家长姓名： 电话： 若我想自我伤害，我会先联系：1.姓名： 关系： 电话： 2.姓名： 关系： 电话： 3.姓名： 关系： 电话： 补充信息：24 小时危机干预热线紧急情况下 119希望 24 热线（全国） 4001619995常州市心理危机干预热线 0519-96111常州市青少年心理求助热线 0519-86617789立约人：立约时间： 年 月 日 时 分 |

# 附件5

安全责任承诺书

学校：

您好！我是贵校 年级 班级 同学的家长。由于孩子出

现心理问题，学校已对他/ 她进行了一系列的干预辅导， 后转介给校外心理专科医生， 经医院诊断为 ，医生建议复诊，持续服药，家长陪伴并接受心理治疗。孩子目前的情况不适宜继续留校学习，学校强烈建议孩子暂停学业，由家长陪同监护，并定期带其接受心理治疗，辅以药物治疗，直至康复。但经一家人商量，孩子和我们仍然希望继续留校正常学习。

现特作如下承诺：

一、每周与班主任沟通孩子的心理状况，定时复诊，家长负责其个人安全。

二、退出学校住宿，家长陪读并照顾孩子生活起居，每天负责上下学接送。

三、若孩子在校学习期间出现较大情绪及行为波动，家长立即到校接回并继续治疗直至状态稳定。

四、在此期间，如有任何意外情况发生，家长愿意自行承担相应责任。

上述承诺，承诺人将严格守约。

希望贵校予以批准，谢谢！

家长签名（父母双方）：

家长联系电话：

日期：