

酒精及其他药物筛查专员 (ADSS) 筛查及外州转介报告

在俄勒冈州遭受指控酒后驾驶及吸毒驾驶 (Driving Under the Influence of Intoxicants, DUII) 的外州居民可以接受转介前往位于其居住州的持照门诊 DUII 服务提供商处接受治疗。**俄勒冈州不接受在线计划。**

若是该州有为 DUII 服务提供商核发执照, 则该州居民必须按照规定完成在其居住州遭受指控酒后驾驶及吸毒驾驶时必须完成的同等计划。**请注意, 只完成物质使用障碍评估无法取代完成 DUII 服务计划。**

若是该州没有为 DUII 服务提供商核发执照或者该州规定只要完成评估即可, 则该州居民必须完成大致符合俄勒冈州标准的计划, 详如本文件第 4 页所述。

在收到完整的外州 DUII 治疗完成证明 (DUII Treatment Completion Certificate, DTCC) 申请文件之后, 俄勒冈州卫生监管机关 (Oregon Health Authority) 将会针对遭到 DUII 定罪的外州居民向俄勒冈州机动车辆管理处 (Department of Motor Vehicles) 核发一份 DUII 治疗完成证明 (DTCC)。您可通过网站 www.oregon.gov/oha/HSD/AMH-DUII 下载相关表格。您也可以寄送电子邮件至 DUII.Info@dhsaha.state.or.us 索取相关文件。

客户信息

姓名: _____ 出生日期: _____

街道地址: _____ 住家电话: _____

邮件地址 (如不同于上述地址): _____ 手机: _____

俄勒冈州驾驶执照号码 (或参考编号、客户服务编号或身份证号码): _____

事件信息

事件日期: _____ 州政府逮捕人犯 (State Identification, SID) 编号: _____ 法院与案件号码: _____

DUII 类型 (请勾选所有适用选项):

酒驾。血液酒精浓度 (Blood Alcohol Concentration, BAC): _____ 吹气测试 血液测试 拒绝测试

管制物质。请列出物质: _____

吸入剂: 请列出吸入剂: _____

判决日期: _____ DUII 转化课程。转向辅导结束日期: _____
 DUII 定罪

筛查信息

筛查日期: TCU 风险分数: DUII 总次数 (包含目前这次):

筛查类型 (请选择一项): 面对面 电话

若为电话筛查, 请简短说明为何没有进行当面筛查:

客户先前是否曾因为酒驾和 / 或使用其他药物后驾驶而遭到逮捕? 是 否

如果回答“是”, 请注明遭到逮捕和处置的日期 / 城市:

客户先前是否曾确诊患有酒精和 / 或其他药物滥用或者曾因此接受治疗? 是 否

如果回答“是”, 请注明治疗服务提供商的名称及接受治疗的日期:

筛查摘要——请提供任何其他相关的筛查信息, 包括受检人可能有哪些障碍而导致服务无法完成。如有需要, 请附上额外的页面。

转介至：

机构：

联络人：

街道地址：

城市 / 州 / 邮政编码：

邮件地址：

城市 / 州 / 邮政编码：

电话号码：

传真号码：

转介人：

ADSS 正楷姓名：

ADSS 签名

转介日期：

电话号码：

电子邮件：

重新转介至（如适用）：

机构：

联络人：

街道地址：

城市 / 州 / 邮政编码：

邮件地址：

城市 / 州 / 邮政编码：

电话号码：

传真号码：

重新转介人：

ADSS 正楷姓名：

ADSS 签名

重新转介日期：

电话号码：

电子邮件：

在转介后的五天内，ADSS 应提供一份转介和筛查文书给受检人以及获选提供 DUII 服务的服务提供商。

禁止二次披露物质使用障碍信息声明：

我们已向您披露记录中的信息，该等记录受到联邦隐私法（42 CFR 第 2 部分）的保护。**联邦法规禁止您向他人进一步披露该等记录中的任何信息，致使他人知晓病人目前患有或曾经患有物质使用障碍，不论您是直接披露、藉由引述公开信息披露或透过他人证实病人患有物质使用障碍等方式披露均受到禁止；除非信息遭到披露的人士透过书面同意书明确准许您进一步披露其信息，或者您获得 42 CFR 第 2 部分的许可。**

一般医疗信息或其他信息公开授权书不足以作为准许您披露信息的同意书（请参阅 § 2.31）。联邦法规禁止检调机关使用任何这些信息来调查或起诉任何物质使用障碍患者的罪行，但 §§ 2.12(c)(5) 和 2.65 规定的情况除外。

《俄勒冈州行政法规》(OAR) 309-019-0195

(3) DUII 服务提供商应根据 OAR 309-019-0135(3) 所述的规定为所有寻求 DUII 服务的人士进行评估。照护等级、诊断内容、接触频率及治疗服务时间应与最新的《精神疾病诊断与统计手册》(Diagnostic and Statistical Manual, DSM) 诊断标准和美国成瘾医学会 (American Society of Addiction Medicine, ASAM) 标准一致。

(4) 应向符合下列条件的人士提供 DUII 教育：

- (a) 目前不符合 DSM 中的物质使用障碍 (Substance Use Disorder, SUD) 诊断标准；且
- (b) 符合 ASAM 标准中的第 0.5 级；且
- (c) 从未确诊患有 SUD；且
- (d) 从未参加 DUII 或 SUD 治疗计划。

(5) DUII 教育应在四周期间包含至少四堂课程，且应提供至少 12 小时道德劝说教育。在这最低 12 小时的限制中不包括诊断评估、服务规划或转换计划。DUII 教育应包含但不限于下列项目：

- (a) 完成获得健康系统管理分处核准的 DUII 教育事前和事后测验；
- (b) DUII 相关法律以及在俄勒冈州触犯该等法律后果；
- (c) 饮酒及使用其他药物的相关信息以及其对驾驶的影响；
- (d) 酗酒及滥用其他药物对身体和心理的影响；
- (e) SUD 征兆和症状；
- (f) SUD 恢复支持服务；以及
- (g) 酒后驾驶及吸毒驾驶的替代选择。

(6) 使用教育影片或事先录制好的影音简报所进行的课程不应超过最少 12 小时的四堂课限制。

(7) 应向符合下列条件的人士提供 DUII 戒治服务：

- (a) 符合 DSM 中的 SUD 诊断标准；或
- (b) 达到 ASAM 标准中的 1 级或更高级数；或
- (c) 先前曾确诊患有 SUD；或
- (d) 先前曾加入 DUII 或 SUD 治疗计划。

(8) DUII 戒治服务应包括：

- (a) DUII 教育，详如本法规第 (5) 条所述；及
- (b) SUD 治疗服务，详如个人服务计划中所述。

(9) DUII 服务提供商应根据 OAR 309-019 的程序规定利用验尿来检验物质滥用。验尿的进行应具有临床适当性，但至少应在下列情况进行：

- (a) 进行评估时；及
- (b) 每个日历月两次，两次验尿间隔不应超过 14 个日历日；及
- (c) 在计划结束前的两周内；及
- (d) 在收到化验报告后的 72 小时内且化验报告显示尿液检查中的肌酐、pH 值或尿液比重超出验尿结果所规定的范围；

(10) 验尿应至少检验下列物质滥用项目：

- (a) 酒精；
- (b) 大麻；
- (c) 古柯碱；
- (d) 安非他命；
- (e) 鸦片类药物；及
- (f) 苯二氮平类药物。

(11) 除了第 (10) 条所述的物质滥用之外，在进行评估时以及在计划结束前的两周内还至少应进行一次 EtG/EtS 酒精测验。

(12) 参加 DUII 教育的人士应证明自己完全没有使用酒精和毒品并提出呈阴性反应的验尿报告作为举证，但《俄勒冈州修正条例》(Oregon Revised Statutes, ORS) 813.200 所许可的情况除外。验尿结果呈阳性或自己承认有使用上述物质的人士必须完成 DUII 戒治服务。

(13) 在 DUII 戒治计划的最后 90 天内并于非管制的环境下，参加 DUII 戒治服务的人士应证明自己一直保持完全没有使用酒精和毒品的状态并提出呈阴性反应的验尿报告作为举证，但 ORS 813.200 所许可的情况除外。