



ลับ

แบบเฝ้าระวังการติดตามเยี่ยมบ้านผู้พยายามทำร้ายตนเอง : กรมสุขภาพจิต รง 506.S

ID

(มีคำแนะนำเพิ่มเติม ที่หน้า 2)

คำแนะนำวิธีตอบ: ชัดเครื่องหมายถูก ในช่อง ที่ตรงกับคำตอบ และเขียนคำตอบลงในช่องว่าง และข้อ อื่นๆ ระบุ...

<p>A1 สถานบริการที่รายงาน <input type="checkbox"/> 1 รพ สด /PCU <input type="checkbox"/> 2 รพช. <input type="checkbox"/> 3 รพศ./รพท. <input type="checkbox"/> 4 ร.พ.จิตเวช <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ จังหวัด.....อำเภอ.....</p> <p>A2 ชื่อ ผป.....นามสกุล.....</p> <p>A4 เพศ <input type="checkbox"/> 1 ชาย <input type="checkbox"/> 2 หญิง A5 อายุ..... ปี</p>	<p>A3.เลขบัตร (13 หลัก)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>														<p>A6 ที่อยู่</p> <p>เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... ไม่พบผู้ป่วย เนื่องจาก.....</p>
<p>B3 วันที่เยี่ยมบ้าน วันที่.....เดือน..... พ.ศ. 25.....</p>															
<p>B5 ภายหลังจากพบแพทย์ ได้มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกหรือไม่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 มี เมื่อวันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....วิธีการ..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่</p>															
<p>D1 บริการที่ได้รับ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 การรักษา <input type="checkbox"/> 1ยารักษาโรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> 2 ยาคลายกังวล <input type="checkbox"/> 3 ยารักษาโรคจิต <input type="checkbox"/> 4 อยู่ระหว่างการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> 5 ยารักษาโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> 2 สังคมจิตใจ <input type="checkbox"/> 1 ปฐมพยาบาลทางจิตใจ <input type="checkbox"/> 2สุขภาพจิตศึกษา <input type="checkbox"/> 3 ให้คำปรึกษา <input type="checkbox"/> 4 กลุ่มบำบัด <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> 3 ส่งต่อไปยังสถานบริการ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่</p>															
<p>D2 ผลการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 9Q คะแนน..... <input type="checkbox"/> 99 ไม่ได้ประเมิน</p>															
<p>D3 ผล ประเมินความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองซ้ำอีก 8Q คะแนน..... <input type="checkbox"/> 99 ไม่ได้ประเมิน</p>															
<p>ผู้บันทึก ชื่อ.....สกุล.....โทรศัพท์.....วันที่บันทึก...../...../ 256.....</p>															

ลับ



แบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต : กรมสุขภาพจิต รง 506.S

ID

คำแนะนำวิธีตอบ : ชิดเครื่องหมายถูก ในช่อง ที่ตรงกับคำตอบ และเขียนคำตอบลงในช่องว่าง และข้อ อื่นๆ ระบุ...

<p>A1 สถานบริการที่รายงาน <input type="checkbox"/> 1 รพ สด / PCU <input type="checkbox"/> 2 รพช. <input type="checkbox"/> 3 รพศ./รพท. <input type="checkbox"/> 4 ร.พ.จิตเวช <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ จังหวัด.....อำเภอ.....</p> <p>A2 ชื่อ ผป.....นามสกุล.....</p> <p>A3 เลขบัตร (13 หลัก) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>A4 เพศ <input type="checkbox"/> 1 ชาย <input type="checkbox"/> 2 หญิง A5 อายุ ปี</p>		<p>A6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....</p> <p>A7 ที่อยู่ปัจจุบัน (อาศัยอยู่นาน 3 เดือนขึ้นไป) <input type="checkbox"/> บ้านเดียวกันกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> คนละบ้านกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....</p>		<p>A8 สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1 โสด <input type="checkbox"/> 2 คู่ <input type="checkbox"/> 3 ม่าย <input type="checkbox"/> 4 หย่า/ แยก <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ</p> <p>A9 ศาสนา</p> <p>A10 อาชีพ.....</p>	
<p>B1 วิธีการทำร้ายตนเอง <input type="checkbox"/> 01 กินยาเกินขนาด <input type="checkbox"/> 02 กินสารกำจัดแมลง <input type="checkbox"/> 03 กำจัดวัชพืช <input type="checkbox"/> 04 กินสารเคมีอื่นๆ ระบุ..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 05 ไข้ของมีคม ของแข็ง <input type="checkbox"/> 06 ไข้ปืน <input type="checkbox"/> 07 กระโดดที่สูง <input type="checkbox"/> 08 ผูกคอ <input type="checkbox"/> 09 กระโดดน้ำ <input type="checkbox"/> 10 วังให้รถชน <input type="checkbox"/> 11 อบควัน/อบแก๊ส <input type="checkbox"/> 12 อื่นๆ</p>					
<p>B2 โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 21 โรคทางจิตเวช ได้แก่ <input type="checkbox"/> 1 โรคจิต <input type="checkbox"/> 2 โรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> อื่น..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 22 โรคทางกาย ได้แก่ <input type="checkbox"/> 1 เบาหวาน <input type="checkbox"/> 2 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> 3 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> 4 ไตวายเรื้อรัง <input type="checkbox"/> 5 โรคตับเรื้อรัง <input type="checkbox"/> 6 โรคปอดเรื้อรัง <input type="checkbox"/> 7 ปวดศีรษะเรื้อรัง <input type="checkbox"/> 8 ปวดข้อ/เท้า/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง <input type="checkbox"/> 9 อัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง/ไขสันหลัง <input type="checkbox"/> 10 มะเร็ง <input type="checkbox"/> 11 เอดส์/เอชไอวี <input type="checkbox"/> 12 อื่นๆ <input type="checkbox"/> 13 กลุ่มสัมผัสโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> 14 โรคโควิด-19</p>					
<p>B3 วันที่ทำร้ายตนเอง วันที่.....เดือน..... พ.ศ.25.....เวลา.....น</p>		<p>B4 ทำร้ายคนอื่นร่วมด้วย <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ระบุ..... <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ</p>			
<p>B5 เคยทำร้ายตนเอง หรือไม่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ ล่าสุด เมื่อ เดือน..... พ.ศ.25..... <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ</p>					
<p>B6 ตั้งใจทำงานเสียชีวิต <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ</p>		<p>B7 มีการส่งสัญญาณบ่งบอกว่า จะทำร้ายตนเอง <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 มี ระบุ..... ครั้งล่าสุดพบเมื่อ..... วัน เดือน ก่อนลงมือทำร้ายตนเอง <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ</p>			
<p>C2 ปัจจัยกระตุ้นสำคัญให้ลงมือทำร้ายตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p>					
<p>C21 ปัญหาความสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> 1 น้อยใจ ถูกดูต่ำ ต่ำหยา <input type="checkbox"/> 2 ถูกคนนินทาว่าร้ายจนอับอายมาก <input type="checkbox"/> 3 ปัญหาคิดหวังความรัก / หึงหวง <input type="checkbox"/> 4 ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด <input type="checkbox"/> 5 ต้องการการเอาใจ / ขอแล้วไม่ได้ <input type="checkbox"/> 6 ปัญหาสูญเสียสมาชิกครอบครัว/คนรัก <input type="checkbox"/> 7 ปัญหาสุขภาพ <input type="checkbox"/> 8 ปัญหาความสัมพันธ์ในที่การทำงาน <input type="checkbox"/> 9 ไม่มีคนดูแล</p>		<p>C22 ปัญหาการใช้สุรา <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ได้ประเมิน <input type="checkbox"/> 1 คะแนน AUDIT..... <input type="checkbox"/> 2 มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง</p> <p>C23 ปัญหาการใช้ยาเสพติด <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ได้ประเมิน <input type="checkbox"/> 1 คะแนนแบบคัดกรอง V.2 <input type="checkbox"/> 2 มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง</p>		<p>C24 มีปัญหาที่มาจากกรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย หรือโรคทางจิตเวช <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 1 ไม่มีคนดูแล <input type="checkbox"/> 2 ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย</p> <p>C25 ปัญหาเศรษฐกิจ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 1 ขาดเงิน ค่าใช้จ่ายขาดทุน <input type="checkbox"/> 2 ตกงาน <input type="checkbox"/> 3 หนี้สิน</p> <p>C26 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>C27 ผลกระทบจากการระบาดโควิด-19 <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 1 ตกงาน <input type="checkbox"/> 2 รายได้ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> 3 หนี้สิน <input type="checkbox"/> 4 มีผลกระทบทางจิตใจ <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>D1 บริการที่ได้รับ <input type="checkbox"/> การรักษา <input type="checkbox"/> 1 ยารักษาโรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> 2 ยาคลายกังวล <input type="checkbox"/> 3 ยารักษาโรคจิต <input type="checkbox"/> 4 รักษาด้วยไฟฟ้า <input type="checkbox"/> 5 อยู่ระหว่างการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> 6 ยารักษาโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> สังคมจิตใจ <input type="checkbox"/> 1 ปฐมพยาบาลทางจิตใจ <input type="checkbox"/> 2 สุขภาพจิตศึกษา <input type="checkbox"/> 3 ให้คำปรึกษา <input type="checkbox"/> 4 กลุ่มบำบัด <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> มีการ admit <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่</p>					
<p>D3 ผลการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 9Q คะแนน..... <input type="checkbox"/> 99 ไม่ได้ประเมิน</p>					
<p>D4 ผลของการ ประเมินความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองซ้ำอีก 8Q คะแนน..... <input type="checkbox"/> 99 ไม่ได้ประเมิน</p>					
<p>ผู้บันทึก ชื่อ.....สกุล..... โทรศัพท์..... วันที่บันทึก/...../ 256.....</p>					

ลับ



แบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต : กรมสุขภาพจิต รง 506.S

ID

คำแนะนำวิธีตอบ : ชิดเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง ที่ตรงกับคำตอบ และเขียนคำตอบลงในช่องว่าง และชื่อ อื่นๆ ระบุ...

A1 สถานบริการที่รายงาน <input type="checkbox"/> 1 รพ สต/PCU <input type="checkbox"/> 2รพช. <input type="checkbox"/> 3 รพศ./รพท. <input type="checkbox"/> 4 ร.พ.จิตเวช <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ..... จังหวัด.....อำเภอ..... A2 ชื่อ ผปนามสกุล..... A3 เลขบัตร (13 หลัก) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A4 เพศ <input type="checkbox"/> 1 ชาย <input type="checkbox"/> 2 หญิง A5 อายุ ปี		A6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด..... A7 ที่อยู่ปัจจุบัน (อาศัยอยู่นาน 3 เดือนขึ้นไป) <input type="checkbox"/> บ้านเดียวกันกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> คนละบ้านกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....		A8 สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1 โสด <input type="checkbox"/> 2 คู่ <input type="checkbox"/> 3 ม่าย <input type="checkbox"/> 4 หย่า/ แยก <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ A9 ศาสนา A10 อาชีพ	
B1 วิธีการทำร้ายตนเอง <input type="checkbox"/> 01 กินยาเกินขนาด <input type="checkbox"/> 02 กินสารกำจัดแมลง <input type="checkbox"/> 03 กำจัดวัชพืช <input type="checkbox"/> 04 กินสารเคมีอื่นๆ ระบุ..... <small>(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</small> <input type="checkbox"/> 05 ใช้ของมีคม ของแข็ง <input type="checkbox"/> 06 ใช้ปืน <input type="checkbox"/> 07 กระโดดที่สูง <input type="checkbox"/> 08 ผูกคอ <input type="checkbox"/> 09 กระโดดน้ำ <input type="checkbox"/> 10 วิ่งให้รถชน <input type="checkbox"/> 11 อบควัน/อบแก๊ส <input type="checkbox"/> 12 อื่นๆ					
B2 โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 มี..... <input type="checkbox"/> 21โรคทางจิตเวช ได้แก่ <input type="checkbox"/> 1 โรคจิต <input type="checkbox"/> 2 โรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> อื่น <small>(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</small> <input type="checkbox"/> 22โรคทางกาย ได้แก่ <input type="checkbox"/> 1 เบาหวาน <input type="checkbox"/> 2 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> 3 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> 4 ไตวายเรื้อรัง <input type="checkbox"/> 5 โรคตับเรื้อรัง <input type="checkbox"/> 6 โรคปอดเรื้อรัง <input type="checkbox"/> 7 ปวดศีรษะเรื้อรัง <input type="checkbox"/> 8 ปวดข้อ/เท้า/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง <input type="checkbox"/> 9 อัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง/ไขสันหลัง <input type="checkbox"/> 10 มะเร็ง <input type="checkbox"/> 11 เอคส์/เอชไอวี <input type="checkbox"/> 12 อื่นๆ <input type="checkbox"/> 13 กลุ่มสัมผัสโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> 14 โรคโควิด-19					
B3 วันที่ทำร้ายตนเอง วันที่.....เดือน..... พ.ศ. 25...เวลา.....น		B4 ทำร้ายคนอื่นร่วมด้วย <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ ระบุ..... <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ			
B5 เคยทำร้ายตนเอง หรือไม่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ ล่าสุด เมื่อ เดือน.....พ.ศ.25..... <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ					
B6 ตั้งใจทำงานเสียชีวิต <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ		B7 มีการส่งสัญญาณบ่งบอกว่า จะทำร้ายตนเอง <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 มี ระบุ..... ครั้งล่าสุดพบเมื่อ..... วัน เดือน ก่อนลงมือทำร้ายตนเอง <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ			
C2 ปัจจัยกระตุ้นสำคัญให้ลงมือทำร้ายตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)					
C21 ปัญหาความสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> 1 น้อยใจ ถูกดูค่า ต่ำหั้น <input type="checkbox"/> 2 ถูกคนนินทาว่าร้ายจนอับอายมาก <input type="checkbox"/> 3 ปัญหาผิดหวังความรัก / หึงหวง <input type="checkbox"/> 4 ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด <input type="checkbox"/> 5 ต้องการการเอาใจ / ขอแล้วไม่ได้ <input type="checkbox"/> 6 ปัญหาสูญเสียสมาชิกครอบครัว/คนรัก <input type="checkbox"/> 7 ปัญหาสุขภาพ <input type="checkbox"/> 8 ปัญหาความสัมพันธ์ในที่การทำงาน <input type="checkbox"/> 9 ไม่มีคนดูแล		C22ปัญหาการใช้สุรา <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ได้ประเมิน <input type="checkbox"/> 1 คะแนน AUDIT..... <input type="checkbox"/> 2 มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง C23 ปัญหาการใช้ยาเสพติด <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ได้ประเมิน <input type="checkbox"/> 1 คะแนนแบบคัดกรอง V.2 <input type="checkbox"/> 2 มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง		C24 มีปัญหาที่มาจากกรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย หรือโรคทางจิตเวช <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 1 ไม่มีคนดูแล <input type="checkbox"/> 2 ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย C25 ปัญหาเศรษฐกิจ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 1 ยากจน ค่าใช้จ่ายขาดทุน <input type="checkbox"/> 2 ตกงาน <input type="checkbox"/> 3 หนี้สิน C26 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... C27 ผลกระทบจากการระบาดโควิด-19 <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 1 ตกงาน <input type="checkbox"/> 2 รายได้ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> 3 หนี้สิน <input type="checkbox"/> 4 มีผลกระทบต่อจิตใจ <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ ระบุ.....	
ผู้บันทึก ชื่อ.....สกุล..... โทรศัพท์.....วันที่บันทึก/...../ 256.....					

แบบรายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย
หรือ การกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence,SDV)

1. ชื่อ-สกุล.....ID..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี

เพศ ชาย หญิง สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยก

เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

การศึกษา ไม่ได้เรียน ประถม มัธยมต้น มัธยมปลาย ปวช ปวส

อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี อื่นๆ(ระบุ).....

อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

2. รายละเอียดของการกระทำรุนแรงต่อตนเอง

วันที่เกิดเหตุ วันที่.....เวลา.....

สถานที่ทำร้ายตนเอง

ในบริเวณบ้าน หรือ คอนโด หรือ ที่พักอาศัย (ระบุบริเวณ).....

บ้านหรืออาคารที่เกิดเหตุเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....

สถานที่สาธารณะ (ระบุ).....

ห้างสรรพสินค้า (ระบุ).....

อื่นๆ (ระบุ).....

วิธีการที่ใช้หรือกลไกที่ทำให้บาดเจ็บ

แขว่นคอ ใช้ของมีคม/ของแหลม ใช้ปืนหรือระเบิด กระโดดจากที่สูง ทำให้จมน้ำ

วิ่ง/กระโดด/นอนให้รถชน รมควัน, แก๊ส, ไอน้ำ, ไอระเหยร้อน, หรือ วัตถุร้อน ขับรถชน

ใช้สารพิษ (เช่น ยาฆ่าแมลง ยากำจัดวัชพืช น้ำยาล้างห้องน้ำ สารเคมี) ระบุชื่อสาร.....

กินยาเกินขนาด ระบุชื่อยา..... อื่นๆ (ระบุ).....

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ เล็กน้อย (ER) ปานกลาง(IPD)

รุนแรง (ICU หรือ special IPD) เสียชีวิต

3. การยืนยัน self directed violence or suicide

3.1 ผลการกระทำ

- ตาย บาดเจ็บ ไม่บาดเจ็บ

3.2 ความตั้งใจฆ่าตัวตาย (Suicidal intent)

- ตั้งใจ ไม่แน่ใจ ไม่ตั้งใจ

3.3 สรุปยืนยันการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (วงกลม หรือ กากบาทในข้อที่เลือก)

	ตั้งใจ (ครบ 3 เกณฑ์บ่งชี้)	ไม่แน่ใจ (มีไม่ครบ 3 เกณฑ์บ่งชี้)	ไม่ตั้งใจ (ไม่มีทั้ง 3 เกณฑ์บ่งชี้)
ตาย	1.1 Suicide or suicidal SDV, fatal.	2.1 Undetermined SDV, fatal	3.1 Non suicidal SDV, fatal.
บาดเจ็บ	1.2 Attempt suicide with injury or suicidal SDV, injury	2.2 Undetermined SDV, with injury	3.2 Non-suicidal SDV, with injury
ไม่บาดเจ็บ	1.3 Attempt suicide without injury or suicidal SDV without injury	2.3 Undetermined SDV, without injury	3.3 Non-suicidal SDV, without injury

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ได้จากการสัมภาษณ์แหล่งข้อมูลบุคคล และจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ รวมทั้งจากการสังเกตการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมและชุมชน

4.1 ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อตนเองในครั้งนี้

- ประสบปัญหาชีวิตหรือเหตุการณ์วิกฤตที่ทำให้รู้สึกพ่ายแพ้ล้มเหลว หรืออับอายขายหน้าและอับจนหนทางแก้ไข ระบุลักษณะและรายละเอียดของเหตุการณ์.....
-
- อาการของโรคจิตเวชหรือเจ็บป่วยทางจิตกำเริบ
ระบุโรคจิตเวชที่เป็น
สาเหตุที่ทำให้โรคกำเริบ
- เกิดพิษหรือฤทธิ์สารเสพติดที่เสพ
ระบุชนิดของสารเสพติด.....
- รับรู้ข่าวการฆ่าตัวตาย (ระบุรายละเอียด).....
- อื่นๆ (ให้ระบุรายละเอียด).....

4.2 ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยชักนำ

ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ระบุโรค

ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ

ติดสารเสพติด ระบุชื่อสารเสพติด.....

โรคทางกายรุนแรงหรือโรคทางกายเรื้อรัง ระบุโรค.....

บุคลิกภาพหุนหันพลันแล่น

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

ตนเองเคยฆ่าตัวตาย

รายละเอียด.....

คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย

รายละเอียด.....

มี Childhood trauma เช่น ถูกทารุณทางกาย/ทางเพศ/อารมณ์ ในวัยเด็ก, ถูกทอดทิ้ง หรือ ถูกละเลยไม่เอาใจใส่
ด้านกายภาพ/ด้านอารมณ์

รายละเอียดเพิ่มเติม.....

อื่นๆ ระบุ.....

4.3 ปัจจัยปกป้อง

- ความเชื่อทางศาสนา/วัฒนธรรมว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องดี/ไม่ดี

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- ความผูกพันที่แน่นแฟ้นและอบอุ่นในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- ความเอื้ออาทร สนใจกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชนที่พักอาศัยปัจจุบัน

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ผ่านมา เช่น ความสะดวกในการไปรับการรักษา หรือการติดตามดูแลต่อเนื่อง

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- ทักษะการแก้ไขปัญหาหรือข้อขัดแย้งและการปรับตัว

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- ปัจจัยอื่นๆที่หากมีแล้วจะทำให้บุคคลนั้นลดโอกาสที่จะเกิดการกระทำรุนแรงต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย

ระบุ.....

.....

4.4 ด่านกั้น

- การควบคุม/การป้องกันการเข้าถึงสารพิษและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายในครอบครัวและในพื้นที่ที่อาศัย

ไม่มี มี แต่ไม่เข้มแข็ง มี และเข้มแข็ง

ข้อมูล/รายละเอียดเพิ่มเติม.....

- การปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันสถานที่ ที่เคยใช้ฆ่าตัวตายในชุมชนและพื้นที่ที่อาศัย

ไม่มี มี แต่ไม่เข้มแข็ง มี และเข้มแข็ง

ข้อมูล/รายละเอียดเพิ่มเติม.....

- ด่านกั้นอื่นๆที่สังเกตได้จากการสอบสวนโรค

ระบุ.....

5. ระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์และในช่วงเวลาที่เกิดเหตุ

(วิเคราะห์จุดบกพร่อง หรือขั้นตอน/กิจกรรมในระบบที่ยังทำได้ไม่ดี)

5.1 ระบบเฝ้าระวังและติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตาย.....

.....

5.2 ระบบคัดกรองและการติดตามดูแลรักษาโรคซึมเศร้า

.....

.....

5.3 ระบบคัดกรองและการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิต

.....

.....

5.4 ระบบคัดกรองและดูแลรักษาโรคติดสุราและสารเสพติด

.....

.....

5.5 ระบบการแจ้งเตือนหรือแจ้งเหตุฆ่าตัวตายและการกระทำรุนแรงต่อตนเอง

.....

.....

5.6 วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อส่วนบุคคลและของชุมชน ที่เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อตนเองและการฆ่าตัวตาย

.....

.....

6. การค้นหาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ต้องเยียวยาจิตใจและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต้องเฝ้าระวัง (ตามรายละเอียดในตารางแนบท้าย)

6.1 จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ ทั้งหมดคน

6.2 ผู้ได้รับผลกระทบมีแนวโน้มฆ่าตัวตายจากคะแนน 8Q ปกติ.....คน

ระดับเล็กน้อย.....คน ระดับปานกลาง.....คน ระดับ รุนแรง.....คน

6.3 ผู้ได้รับผลกระทบมีภาวะเครียดจากการประเมินด้วย ST5 ปกติ.....คน

ระดับเล็กน้อย.....คน ระดับปานกลาง..... คน ระดับรุนแรง คน

6.4 ผู้ได้รับผลกระทบมีภาวะซึมเศร้าจาก9Q ปกติ.....คน

ระดับเล็กน้อย.....คน ระดับปานกลางคน ระดับรุนแรงคน

7. การช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต โดยทีมMCATT หรือทีมสุขภาพจิตที่รับผิดชอบ (รวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ประเมินการช่วยเหลือ)

7.1 การรักษาอาการบาดเจ็บทางกาย

ไม่มี มี รายละเอียด.....

.....

7.2 การตรวจประเมินตามมาตรฐานจิตเวชและการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ

ไม่มี มี ระบุ.....

.....

7.3 การแก้ไขปัญหาหรือวิกฤติชีวิตที่เป็นปัจจัยกระตุ้น

ไม่มี มี ระบุ.....

.....

7.4 การลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยง

ไม่มี มี ระบุ.....

.....

7.5 การสร้างและเสริมปัจจัยปกป้อง

ไม่มี มี ระบุ.....

7.6 การติดตามช่วยเหลือต่อเนื่องป้องกันการกระทำรุนแรงต่อตนเองซ้ำ

ไม่มี มี ระบุ.....

8. ข้อเสนอแนะในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหา

(ควรเจาะจงให้สอดคล้องกับสิ่งที่พบจากการสอบสวนโรค และครอบคลุมประเด็นเหล่านี้ ได้แก่ การลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยง, การบรรเทาหรือขจัดปัจจัยกระตุ้น, การสร้างและเสริมปัจจัยปกป้อง, การสร้างและเสริมต้านกัน, การปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้บันทึก..... ตำแหน่ง..... วันที่.....

