

(เริ่มเก็บข้อมูลทุกครั้งที่มีการลงมือทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต)

ลับ



แบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต : กรมสุขภาพจิต รง 506.S

ID .....

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

<p>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.....</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"/><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 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 .....</p>		
<p>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..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <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</p>		
<p>B3 วันที่ทำร้ายตนเอง วันที่.....เดือน..... พ.ศ. 25...เวลา.....น</p>	<p>B4 ทำร้ายคนอื่นร่วมด้วย <input type="checkbox"/>0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>1 ใช่ 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 1ข้อ)</p>		
<p>C21 ปัญหาความสัมพันธ์</p> <p><input type="checkbox"/>1 น้อยใจ ถูกดูค่า ต่ำหั้น</p> <p><input type="checkbox"/>2 ถูกคนนินทาว่าร้ายจนอับอายมาก</p> <p><input type="checkbox"/>3 ปัญหาผิดหวังความรัก / หึงหวง</p> <p><input type="checkbox"/>4 ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด</p> <p><input type="checkbox"/>5 ต้องการการเอาใจ / ขอแล้วไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/>6 ปัญหาสูญเสียสมาชิกครอบครัว/คนรัก</p> <p><input type="checkbox"/>7 ปัญหาสุขภาพ</p> <p><input type="checkbox"/>8 ปัญหาความสัมพันธ์ในที่การทำงาน</p> <p><input type="checkbox"/>9 ไม่มีคนดูแล</p>	<p>C22ปัญหาการใช้สุรา</p> <p><input type="checkbox"/>0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>1 ใช่ <input type="checkbox"/>9 ไม่ได้ประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/>1 คะแนน AUDIT.....</p> <p><input type="checkbox"/>2 มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง</p> <p>C23 ปัญหาการใช้ยาเสพติด</p> <p><input type="checkbox"/>0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>1 ใช่ <input type="checkbox"/>9 ไม่ได้ประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/>1 คะแนนแบบคัดกรอง V.2 .....</p> <p><input type="checkbox"/>2 มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง</p>	<p>C24 มีปัญหาที่มาจากกรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย หรือโรคทางจิตเวช</p> <p><input type="checkbox"/>0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>1 ใช่ <input type="checkbox"/>9 ไม่ทราบ</p> <p><input type="checkbox"/>1 ไม่มีคนดูแล <input type="checkbox"/>2 ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย</p> <p>C25 ปัญหาเศรษฐกิจ</p> <p><input type="checkbox"/>0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>1 ใช่ <input type="checkbox"/>9 ไม่ทราบ</p> <p><input type="checkbox"/>1 ยากจน ค่าใช้จ่ายขาดทุน <input type="checkbox"/>2 ตกงาน <input type="checkbox"/>3 หนี้สิน</p> <p>C26 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>C27 ผลกระทบจากการระบาดโควิด-19</p> <p><input type="checkbox"/>0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>1 ใช่ <input type="checkbox"/>9 ไม่ทราบ</p> <p><input type="checkbox"/>1 ตกงาน <input type="checkbox"/>2 รายได้ไม่เพียงพอ</p> <p><input type="checkbox"/>3 หนี้สิน <input type="checkbox"/>4 มีผลกระทบทางจิตใจ</p> <p><input type="checkbox"/>5 อื่นๆ ระบุ.....</p>
<p>ผู้บันทึก ชื่อ.....สกุล..... โทรศัพท์.....วันที่บันทึก ...../...../ 256.....</p>		