

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 สต/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"/><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>
---	--	---

B1 วิธีการทำร้ายตนเอง  01 กินยาเกินขนาด  02 กินสารกำจัดแมลง  03 กำจัดวัชพืช  04 กินสารเคมีอื่นๆ ระบุ.....  
 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 05 ไข่ขงมีคม ขงแข็ง  06 ไข่ปืน  07 กระดกที่สูง  08 ผูกคอ  09 กระโดดน้ำ  10 วิ่งให้รถชน  11 อบควัน/อบแก๊ส  12 อื่นๆ .....

B2 โรคประจำตัว  0 ไม่มี  1 มี .....  21 โรคทางจิตเวช ได้แก่  1 โรคจิต  2 โรคซึมเศร้า  อื่น .....

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 22 โรคทางกาย ได้แก่  1 เบาหวาน  2 ความดันโลหิตสูง  3 โรคหัวใจ

4 ไตวายเรื้อรัง  5 โรคตับเรื้อรัง  6 โรคปอดเรื้อรัง  7 ปวดศีรษะเรื้อรัง  8 ปวดข้อ/เท้า/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง

9 อัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง/ไขสันหลัง  10 มะเร็ง  11 เอ็ดส์/เอชไอวี  12 อื่นๆ .....  13 กลุ่มสัมผัสโรคโควิด-19  14 โรคโควิด-19

B3 วันที่ทำร้ายตนเอง วันที่.....เดือน..... พ.ศ. 25.....เวลา.....น      B4 ทำร้ายคนอื่นร่วมด้วย  0 ไม่ใช่  1 ระบุ.....  9 ไม่ทราบ

B5 เคยทำร้ายตนเอง หรือไม่  0 ไม่ใช่  1 ใช่      ล่าสุด เมื่อ เดือน..... พ.ศ. 25.....  9 ไม่ทราบ

B6 ตั้งใจทำงานเสียชีวิต  0 ไม่ใช่  1 ใช่  9 ไม่ทราบ      B7 มีการส่งสัญญาณบ่งบอกว่า จะทำร้ายตนเอง  0 ไม่มี  1 มี ระบุ.....  
 ครั้งล่าสุดพบเมื่อ..... วัน ..... เดือน ก่อนลงมือทำร้ายตนเอง  9 ไม่ทราบ

**C2 ปัจจัยกระตุ้นสำคัญให้ลงมือทำร้ายตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

<p>C21 ปัญหาความสัมพันธ์</p> <p><input type="checkbox"/> 1 น้อยใจ ถูกดูค่า ต่ำหามี</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ถูกคนนินทาว่าร้ายจนอับอายมาก</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ปัญหาคิดหวังความรัก / 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 ปัญหาความสัมพันธ์ในที่ทำงาน</p> <p><input type="checkbox"/> 9 ไม่มีคนดูแล</p>	<p>C22 ปัญหาการใช้สุรา</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 ขาดเงิน ค่าขายขาดทุน <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>
--	--	--

D1 บริการที่ได้รับ

การรักษา  1 ยารักษาโรคซึมเศร้า  2 ยาคลายกังวล  3 ยารักษาโรคจิต  4 รักษาด้วยไฟฟ้า  5 อยู่ระหว่างการเฝ้าระวังโรคโควิด-19

6 ยารักษาโรคโควิด-19

สังคมจิตใจ  1 ปฐมพยาบาลทางจิตใจ  2 สุขภาพจิตศึกษา  3 ให้คำปรึกษา  4 กลุ่มบำบัด  5 อื่นๆ.....

มีการ admit  0 ไม่ใช่  1 ใช่

D3 ผลการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 9Q คะแนน.....  99 ไม่ได้ประเมิน

D4 ผลของการ ประเมินความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองซ้ำอีก 8Q คะแนน.....  99 ไม่ได้ประเมิน

ผู้บันทึก ชื่อ.....สกุล..... โทรศัพท์..... วันที่บันทึก ...../...../ 256.....