

ฉบับ



แบบสำรวจ การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต : กรมสุขภาพจิต รง 506.S

ID .....

คำแนะนำวิธีตอบ: จี๊ดเครื่องหมายถูก  ในช่อง  ที่ตรงกับคำตอบ และเขียนคำตอบลงในช่องว่าง และชื่อ  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"/><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"/> บ้านเดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  <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                  A9 ศาสนา.....                  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"/> 21 โรคทางจิตเวช ได้แก่ <input type="checkbox"/> 1 โรคจิต <input type="checkbox"/> 2 โรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> อื่น.....  <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/เก๊าท์/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 .....</p>		
<p>B3 วันที่ทำร้ายตนเอง วันที่.....เดือน..... พ.ศ. 25...เวลา.....</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 1 ข้อ)</p>		
<p>C21 ปัญหาความสัมพันธ์  <input type="checkbox"/> 1 น้อยใจ ถูกดูค่า คำหยา  <input type="checkbox"/> 2 ถูกคนนิทาว่าร้ายจนอับอายมาก  <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 ไม่มีคนดูแล  <input type="checkbox"/> 8 ปัญหาความสัมพันธ์ในที่การทำงาน</p>	<p>C22 ปัญหาการใช้สุรา  <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ  <input type="checkbox"/> 1 คะแนน AUDIT <math>\geq</math> 16  <input type="checkbox"/> 2 มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง</p> <p>C23 ปัญหาการใช้ยาเสพติด  <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ  <input type="checkbox"/> 1 คะแนนแบบคัดกรอง V.2 <math>\geq</math> 27  <input type="checkbox"/> 2 มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง</p>	<p>C24 มีปัญหาที่มาจากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย หรือ                  โรคทางจิตเวช  <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 ยากจน ค่าใช้จ่ายขาดทุน  <input type="checkbox"/> 2 ตกงาน</p> <p>C26 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....</p>
<p>ผู้บันทึก ชื่อ.....สกุล..... โทรศัพท์..... วันที่บันทึก ...../...../ 256.....</p>		