

ការវាយតម្លៃលើហានិភ័យនៃអត្តឃាត

Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

ដើម្បីជួយអ្នកផ្តល់សេវាយល់ថាអ្នកមានអារម្មណ៍បែបណា សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះអំពីខែមុន។	មែន (Yes)	ទេ (No)
1. កាលពីខែមុន តើអ្នកមានបំណងចង់ស្លាប់ ឬទៅគេងមិនចង់ភ្ញាក់វិញទេ?		
2. កាលពីខែមុន តើអ្នកបានគិតអំពីការសម្លាប់ខ្លួនឬទេ?		
3. កាលពីខែមុន តើអ្នកបានគិតថាអ្នកអាចនឹងសម្លាប់ខ្លួនឬទេ?		
4. កាលពីខែមុន តើអ្នកមានបំណងធ្វើសកម្មភាពតាមគំនិតអត្តឃាតនោះឬទេ?		
5. កាលពីខែមុន តើអ្នកបានធ្វើផែនការលម្អិតខ្លះអំពីរបៀបសម្លាប់ខ្លួនឬទេ?		
6. បើមាន #5 តើអ្នកនៅមានបំណងអនុវត្តផែនការនេះឬទេ?		
7. តើអ្នកធ្លាប់ធ្វើអ្វីមួយ បានចាប់ផ្តើមធ្វើអ្វីមួយ ឬបានត្រៀមធ្វើអ្វីមួយ ដើម្បីបញ្ចប់ជីវិតអ្នកឬទេ? ឧទាហរណ៍៖ បានប្រមូលថ្នាំ រកកាំភ្លើង ឲ្យវត្តមានតម្លៃទៅអ្នកដទៃ សរសេរឃ្លាអត្តឃាត យកថ្នាំចេញមកតែមិនបានលេប យកកាំភ្លើងចេញមកតែប្តូរចិត្តវិញ ឬត្រូវបាននរណាម្នាក់ទាញចេញពីដៃ ទៅលើដំបូងផ្ទះ ប៉ុន្តែមិនលោតចុះមក ឬបានលេបថ្នាំ ព្យាយាមបាញ់ខ្លួនឯង ព្យាយាមអាខ្លួនឯង ព្យាយាមព្យួរក		
8. បើមាន #7 តើវាកើតឡើងកាលពីពេលណា? <input type="checkbox"/> ជាងមួយឆ្នាំមុន? <input type="checkbox"/> រវាងបីខែ និងមួយឆ្នាំមុន? <input type="checkbox"/> រវាងបីខែមុន?		

Suicide Risk Assessment



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

To help your provider understand how you've been feeling, please complete the following questions.

Please answer these questions about the past month.	YES	NO
1. During the past month, have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?		
2. During the past month, have you actually had any thoughts of killing yourself?		
3. During the past month, have you been thinking about how you might kill yourself?		
4. During the past month, have you had some intention of acting on those suicidal thoughts?		
5. During the past month, have you worked out some or all of the details of how to kill yourself?		
6. <u>If YES to #5</u> , do you intend to carry out this plan?		
7. Have you ever done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life? Examples: Collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, took out pills but didn't swallow any, held a gun but changed your mind or it was grabbed from your hand, went to the roof but didn't jump; or actually took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, etc.		
8. <u>If YES to #7</u> , how long ago did you do any of these? <input type="checkbox"/> Over a year ago? <input type="checkbox"/> Between three months and a year ago? <input type="checkbox"/> Within the last three months?		