

Suicide Risk Assessment--Punjabi



ਖੁਦਕੁਸ਼ੀ ਦੇ ਜੋਖਿਮ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ

Patient Label
ਨਾਮ: _____
MRN: _____
ਮਿਤੀ: _____

ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਇਹ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸਵਾਲ ਪੂਰੇ ਕਰੋ।

	ਹਾਂ (Yes)	ਨਹੀਂ (No)
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਬਾਰੇ ਇਹਨਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।		
1. ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਾਮਨਾ ਕੀਤੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਮਰ ਜਾਓ ਜਾਂ ਕਾਮਨਾ ਕੀਤੀ ਸੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਮੌਤ ਤੋਂ ਉਠੇ ਹੀ ਨਾ?		
2. ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੌਰਾਨ, ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਮਨ ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਮਾਰਨ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਆਏ ਸਨ?		
3. ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੌਰਾਨ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਮਾਰ ਸਕਦੇ ਹੋ?		
4. ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਖੁਦਕੁਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਵਿਚਾਰਾਂ 'ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦਾ ਕੋਈ ਇਰਾਦਾ ਸੀ?		
5. ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਜਾਨੋਂ ਮਾਰਨ ਦੇ ਕੁਝ ਜਾਂ ਸਭ ਵੇਰਵਿਆਂ 'ਤੇ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ?		
6. ਜੇਕਰ #5 ਲਈ ਹਾਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਇਸ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਕਰਨ ਦਾ ਇਰਾਦਾ ਹੈ?		
7. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਨੂੰ ਖ਼ਤਮ ਕਰਨ ਲਈ ਕਦੇ ਕੁਝ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਕੁਝ ਵੀ ਕਰਨ ਲੱਗ ਪਏ, ਜਾਂ ਕੁਝ ਕਰਨ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹੋ? ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਗੋਲੀਆਂ ਇਕੱਠੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਹੋਣ, ਕੋਈ ਬੰਦੂਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ, ਕੀਮਤੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਦਿੱਤੀਆਂ ਹੋਣ, ਵਸੀਅਤ ਜਾਂ ਆਤਮ ਹੱਤਿਆ ਨੋਟ ਲਿਖਿਆ ਹੋਵੇ, ਗੋਲੀਆਂ ਕੱਢੀਆਂ ਹੋਣ ਪਰ ਕੋਈ ਵੀ ਨਾ ਨਿਗਲੀ ਹੋਵੇ, ਬੰਦੂਕ ਰੱਖੀ ਹੋਵੇ ਪਰ ਤੁਹਾਡਾ ਮਨ ਬਦਲ ਗਿਆ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਤੋਂ ਖੋਗੀ ਗਈ ਹੋਵੇ, ਛੱਤ 'ਤੇ ਗਏ ਹੋਵੇ ਪਰ ਛਲਾਂਗ ਨਾ ਲਗਾਈ ਹੋਵੇ; ਜਾਂ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਗੋਲੀਆਂ ਲਈਆਂ ਹੋਣ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਕੱਟਿਆ ਹੋਵੇ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਲਟਕਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ, ਆਦਿ।		
8. ਜੇਕਰ #7 ਲਈ ਹਾਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਕੀਤਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਇੱਕ ਸਾਲ ਪਹਿਲਾਂ? <input type="checkbox"/> ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਅਤੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਪਹਿਲਾਂ? <input type="checkbox"/> ਪਿਛਲੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ?		

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?		