

**Оценка риска суицида**

Patient Label

Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Ответьте на приведенные ниже вопросы. Это поможет вашему поставщику медицинских услуг понять, как вы себя чувствуете.

Ответьте на эти вопросы, касающиеся прошлого месяца.	ДА Yes	НЕТ No
1. За последний месяц у вас возникало желание умереть или заснуть и не проснуться?		
2. За последний месяц вы по-настоящему задумывались о том, чтобы убить себя?		
3. За последний месяц вы думали о том, что могли бы убить себя?		
4. За последний месяц у вас возникало намерение предпринять какие-либо действия по поводу мыслей о самоубийстве?		
5. За последний месяц вы продумывали частично или полностью план того, как себя убить?		
6. <u>Если ответ «ДА» на вопрос № 5, то намереваетесь ли вы привести этот план в действие?</u>		
<p>7. Вы когда-нибудь делали что-либо, начинали делать что-либо или подготавливались каким-либо образом к тому, чтобы окончить свою жизнь самоубийством?</p> <p>Примеры: собирали таблетки; приобретали огнестрельное оружие; раздавали ценные вещи; писали завещание или предсмертную записку; готовили таблетки, но не проглатывали ни одной; держали в руках пистолет, но передумывали в последний момент или кто-то выхватывал его у вас из рук; поднимались на крышу, но не спрыгивали; или действительно принимали таблетки, стреляли в себя, резали себя, пытались повеситься и т. п.</p>		
<p>8. <u>Если ответ «ДА» на вопрос № 7, как давно случилось что-либо из вышеперечисленного?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Более года назад?</p> <p><input type="checkbox"/> От трех месяцев до года назад?</p> <p><input type="checkbox"/> В течение последних трех месяцев?</p>		

## 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?		