

Suicide Risk Assessment--Tagalog**Pagsusuri sa Panganib
sa Pagpapakamatay**

Patient Label

Pangalan: _____

MRN: _____

Petsa: _____

Upang tulungan ang inyong tagapagbigay ng serbisyo na maintindihan kung ano ang inyong nararamdaman, mangyaring sagutin ang mga sumusunod na tanong.

Mangyaring sagutin ang mga tanong na ito tungkol sa nakalipas na buwan.	OO (Yes)	HINDI (No)
1. Sa nakalipas na buwan, sumagi ba sa inyong isip na sana ay patay na kayo o hinangad ba ninyong matulog at hindi na magising pa?		
2. Sa nakalipas na buwan, nagkaroon ba kayo talaga ng anumang pag-iisip na magpapakamatay?		
3. Sa nakalipas na buwan, inisip ba ninyo kung paano kayo magpapakamatay?		
4. Sa nakalipas na buwan, nagkaroon ba kayo ng anumang intensyon na isagawa ang mga kaisipang pagpapakamatay?		
5. Sa nakalipas na buwan, naplano na ba ninyo ang ilan o lahat ng detalye kung paano kayo magpapakamatay?		
6. <u>Kung OO ang sagot sa #5</u> , balak ba ninyong isagawa ang plano na ito?		
7. Nakagawa na ba kayo ng anumang bagay, sinimulang gawin ang anumang bagay, o pinaghandaang gawin ang anumang bagay para tapusin ang inyong buhay? Mga halimbawa: Nangolekta ng mga tableta, kumuha ng baril, ipinamigay ang mga mahalagang ari-arian, naglabas ng mga tableta ngunit hindi nilunok, naghawak ng baril ngunit nagbago ang isip o inagaw ito ng ibang tao mula sa kamay ninyo, umakyat sa bubong ngunit hindi tumalon; o aktuwal na uminom ng mga tableta, sinubukang barilin ang inyong sarili, sugatan ang inyong sarili, tinangkang magbigti, atbp.		
8. <u>Kung OO ang sagot sa #7</u> , gaano katagal sa nakaraan ninyo ginawa ang alinman sa mga ito? <input type="checkbox"/> Mahigit isang taon na ang nakaraan? <input type="checkbox"/> Sa pagitan ng tatlong buwan at isang taon sa nakaraan? <input type="checkbox"/> Sa loob ng nakalipas na tatlong buwan?		

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?		