

Đánh Giá Nguy Cơ Tự Tử

Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____

Để giúp nhà cung cấp của quý vị hiểu quý vị đang cảm thấy thế nào, xin vui lòng hoàn thành những câu hỏi dưới đây.

Vui lòng trả lời những câu hỏi sau về tháng vừa qua.	CÓ (YES)	KHÔNG (NO)
1. Trong tháng vừa qua, quý vị đã từng ước rằng quý vị chết đi hoặc ước quý vị có thể ngủ mà không tỉnh dậy không?		
2. Trong tháng vừa qua, quý vị có thực sự có ý nghĩ muốn tự sát nào không?		
3. Trong tháng vừa qua, quý vị đã từng nghĩ về cách quý vị có thể tự sát không?		
4. Trong tháng vừa qua, quý vị có ý định thực hiện nào theo các ý nghĩ tự sát đó không?		
5. Trong tháng vừa qua, quý vị đã từng nghĩ về một số hoặc tất cả các chi tiết về cách tự sát không?		
6. <u>Nếu câu trả lời là CÓ với câu hỏi #5</u> , quý vị có ý định thực hiện kế hoạch này không?		
<p>7. Quý vị đã từng làm điều gì, bắt đầu làm điều gì hoặc chuẩn bị làm điều gì để chấm dứt cuộc sống của mình không?</p> <p>Ví dụ: Thu thập các loại thuốc, lấy súng, cho đi các vật có giá trị, viết di chúc hoặc thư tuyệt mệnh, lấy thuốc nhưng chưa uống viên nào, cầm súng nhưng thay đổi ý định hoặc bị chộp lấy tay, trèo lên mái nhà nhưng không nhảy; hay thực sự đã uống thuốc, cố gắng tự bắn vào mình, tự cắt vào người, cố gắng tự treo cổ v.v...</p>		
<p>8. <u>Nếu câu trả lời là CÓ với câu hỏi #7</u>, quý vị đã làm bất kỳ điều nào trong số những điều nêu trên bao nhiêu lâu rồi?</p> <p><input type="checkbox"/> Trên một năm trước đây?</p> <p><input type="checkbox"/> Từ ba tháng đến một năm trước đây?</p> <p><input type="checkbox"/> Trong vòng ba tháng qua?</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?		