

Suicide Risk Assessment--Amharic

ራስ የማጥፋት ስጋት ግምገማ



Patient Label

ስም: _____

MRN: _____

ቀን: _____

ምን እየተሰማዎት እንደነበረ በተመለከተ አገልገሎት ሰጪው ግንዛቤ እንዲያገኝ ለማገዝ፣ እባክዎን የሚከተሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ።

እባክዎን ያለፈውን ወር አስመልክቶ ቀጥሎ የቀረቡትን ጥያቄዎች ይመልሱ።	አዎ (Yes)	የለም (No)
1. ባለፈው ወር መሞትን ወይም ከተኙበት አለመንቃትን ተመኝተዋል?		
2. ባለፈው ወር እራስዎን የመግደል ሃሳብ ነበርዎት?		
3. ባለፈው ወር እራስዎን እንዴት መግደል እንደሚችሉ በተመለከተ አስበዋል?		
4. ባለፈው ወር እነዚህ ራስን የመግደል ሃሳቦች የመተግበር ሃሳብ ነበርዎት?		
5. ባለፈው ወር እራስዎን እንዴት መግደል እንደሚችሉ በተመለከተ አንዳንድ ወይም ዝርዝር ነገሮች በሙሉ አውጠንጥነዋል?		
6. <u>ለ#5</u> የሰጡት መልስ አዎ ከሆነ እቅዱን የመተግበር ሃሳብ አልዎት?		
<p>7. እራስዎን ለመግደል ያደረጉት፣ ለማድረግ የጀመሩት ወይም ለማድረግ ያደረጉት ዝግጅት አለ?</p> <p>ምሳሌዎች፡ ከኒኖችን መሰብሰብ፣ የጦር መሣርያ ማግኘት፣ ከፍተኛ ዋጋ ያላቸው የግል ንብረቶች ለሌላ ሰው መስጠት፣ ኑዛዜ ወይም እራስን ለመግደል ማስታወሻ መጻፍ፣ ከኒኖችን አውጥጠው ሳይውጡ መቅረት፣ መሳርያ ደግነው ሃሳብዎን መቀየር ወይም ሌላ ሰው አስጥልዎት፣ ጣርያ ላው ወጥተው ሳይዘሉ መቅረት፣ ወይም ከኒን ወስደው፣ እራስዎን ላይ ለመተኮስ ሙከራ ማድረግ፣ እራስዎን ማረድ፣ እራስዎን የማጥፋት ሙከራ</p>		
<p>8. <u>ለ#7</u> የሰጡት መልስ አዎ ከሆነ ከእነዚህ ውስጥ ለማድረግ ያሰቡት ከስንት ጊዜ በፊት ነበር?</p> <p><input type="checkbox"/> ከአንድ አመት በፊት?</p> <p><input type="checkbox"/> በሦስት ወራትና አንድ አመት መካከል?</p> <p><input type="checkbox"/> ባለፉት ሦስት ወራት ውስጥ?</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?		