

Patient Label

 الاسم: _____
 رقم السجل الطبي: _____
 التاريخ: _____

لمساعدة موفر الخدمة على فهم ما تشعر به، يُرجى إكمال الأسئلة التالية.

لا (No)	نعم (Yes)	يُرجى الإجابة على هذه الأسئلة عن الشهر الماضي.
		1. خلال الشهر الماضي، هل تمنيت لو أنك كنت ميتاً أو تمنيت لو أن بإمكانك أن تخذل إلى النوم ولا تستيقظ؟
		2. خلال الشهر الماضي، هل راودتك أي أفكار حول قتل نفسك؟
		3. خلال الشهر الماضي، هل كنت تفكر في كيفية قتل نفسك؟
		4. خلال الشهر الماضي، هل كان لديك نية لاتخاذ إجراءات بشأن تلك الأفكار الانتحارية؟
		5. خلال الشهر الماضي، هل أعددت بعض أو كل التفاصيل المتعلقة بكيفية قتلك لنفسك؟
		6. إذا كانت الإجابة بنعم على السؤال رقم 5، فهل تنوي تنفيذ هذه الخطة؟
		7. هل سبق لك أن فعلت أي شيء، أو شرعت في فعل أي شيء، أو على استعداد لفعل أي شيء لإنهاء حياتك؟ أمثلة: جمعت أقراص الدواء أو حصلت على سلاح أو تخلّيت عن أشياء قيمة أو كتبت وصية أو رسالة انتحار أو أخرجت أقراص الدواء، لكنك لم تتلّع أي منها أو أمسكت بسلاح، لكنك غيرت رأيك أو انتزعه أحد من يدك أو ذهبت إلى السطح، لكنك لم تقفز؛ أو تناولت أقراص الدواء أو حاولت إطلاق النار على نفسك أو جرح نفسك أو شنق نفسك، وما إلى ذلك.
		8. إذا كانت الإجابة بنعم على السؤال رقم 7، كم مضى من الوقت منذ أن فعلت أي من هذا؟ <input type="checkbox"/> أكثر من عام مضى؟ <input type="checkbox"/> ما بين ثلاثة أشهر و عام مضى؟ <input type="checkbox"/> خلال الثلاثة أشهر الماضية؟

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?		