

## Patient Label

نام: \_\_\_\_\_

شماره پرونده پزشکی: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

برای کمک به شما و ارائه دهنده تان نسبت به درک بهتر احساساتتان، لطفاً به سؤال های زیر پاسخ دهید.

خیر (No)	بله (Yes)	لطفاً به این سؤال ها در رابطه با ماه گذشته پاسخ دهید.
		1. آیا در ماه گذشته آرزوی مرگ کردید یا اینکه بخواهید و دیگر بلند نشوید؟
		2. آیا در ماه گذشته واقعاً به فکر افتادید که خودتان را بکشید؟
		3. آیا در ماه گذشته درباره نحوه کشتن خودتان فکر کردید؟
		4. آیا در ماه گذشته قصد داشتید نسبت به عملی کردن افکار مربوط به خودکشی اقدامی کنید؟
		5. آیا در ماه گذشته درباره بعضی از جزئیات مربوط به نحوه کشتن خودتان اقدامی کردید؟
		6. <u>اگر پاسختان به سؤال 5 بله است</u> ، آیا قصد داشتید این برنامه را عملی کنید؟
		7. آیا تابحال سعی کردید برای پایان دادن به زندگیتان کاری کنید، کاری را شروع کنید یا چیزی را آماده کنید؟ مثلاً جمع آوری قرص، تهیه اسلحه، دادن چیزهای ارزشمندتان به دیگران، نوشتن یادداشت خودکشی یا وصیت نامه، بیرون آوردن قرص از جعبه اما نخوردن آنها، به دست گرفتن اسلحه اما تغییر نظر یا افتادن اسلحه از دستتان، رفتن به روی پشت بام اما نپریدن؛ یا واقعاً قرص خوردید، سعی کردید به خودتان شلیک کنید، جایی از بدنتان را ببرید یا خودتان را دار بزنید و دیگر موارد.
		8. <u>اگر پاسختان به سؤال 7 بله است</u> ، چند وقت پیش این کارها را انجام دادید؟ <input type="checkbox"/> بیش از یک سال قبل؟ <input type="checkbox"/> بین سه ماه و یک سال قبل؟ <input type="checkbox"/> در طول سه ماه گذشته؟

## 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?		