

Suicide Risk Assessment--Tagalog

आत्महत्या जोखिम आंकलन



Patient Label

नाम : _____

MRN: _____

दिनांक: _____

अपने प्रदाता को यह समझने में सहायता के लिए कि आप कैसा महसूस कर रहे हैं, कृपया निम्नलिखित प्रश्नों का उत्तर दें.

कृपया पिछले माह के बारे में इन प्रश्नों का उत्तर दें.	हाँ (Yes)	नहीं (No)
1. पिछले महीने के दौरान, क्या आपने चाहा या कामना की के आप मर गए होते, या आप सो जाएँ और फिर कभी नहीं उठें?		
2. पिछले महीने के दौरान, क्या आपको कभी खुद को मारने का विचार आया?		
3. पिछले महीने के दौरान, क्या आपने कभी सोचा कि आप खुद को कैसे मार सकते हो?		
4. पिछले महीने के दौरान, क्या आपने कभी इन आत्मघाती विचारों पर अमल करने के बारे में सोचा?		
5. पिछले महीने के दौरान, क्या आपने आत्महत्या करने के विवरणों को खोजने का प्रयास किया?		
6. अगर #5 का जवाब हाँ है, तो क्या आपने इस योजना पर अमल करने का सोचा?		
7. क्या आपने कभी अपना जीवन समाप्त करने के लिए कुछ किया, कुछ करना शुरू किया या खुद को कुछ भी करने के लिए तैयार किया? उदाहरण: गोलियाँ इकट्ठी कीं, एक बंदूक प्राप्त की, कीमती सामान दे दिए, वसीयत या आत्महत्या पत्र लिखा, गोलियाँ खा लीं लेकिन निगली नहीं, बंदूक रखी लेकिन आपका मन बदल गया या इसे आपके हाथ से छुड़ा लिया गया, छत पर गये लेकिन कूदे नहीं या वास्तव में गोलियाँ खा लीं, खुद को गोली मारने की कोशिश की, खुद को काट लिया या, फाँसी लगाने की कोशिश की इत्यादि.		
8. अगर #7 का जवाब हाँ है, तो आपने कितने समय पहले ऐसा किया था? <input type="checkbox"/> एक वर्ष पहले? <input type="checkbox"/> तीन माह से एक वर्ष के दौरान? <input type="checkbox"/> पिछले तीन माह के अंतराल में?		

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?		