

فرم گزارش ماهانه برنامه پیشگیری از خودکشی

شهرستان----- بیمارستان----- پزشکی قانونی----- سال----- ماه-----

نام و نام خانوادگی	سن	جنس		کد ملی شخص یا سرپرست خانوار	وضعیت تاهل *	محل سکونت		تاریخ اقدام به خودکشی	شغل	تحصیلات	سابقه اقدام به خودکشی ***				سابقه بیماری جسمی	سابقه بیماری روانی	روش خودکشی **	علت اقدام به خودکشی	نتیجه اقدام به خودکشی			آدرس و تلفن		
		مرد	زن			شهر	روستا				در خانواده		دارد(بیماری ذکر شود)	دارد(بیماری ذکر شود)					روشن	تهدیدی	ارجاع به			
											دارد	ندارد											دارد	ندارد

** درستون روش خودکشی با این عناوین ذکر شود : مسمومیت با دارو- مسمومیت با سم- سلاح گرم - سلاح سرد- خودسوزی - دارزدن- پرتاب از بلندی -غرق شدن

***درستون سابقه اقدام به خودکشی در خانواده ذکر شود آن شخص چه نسبتی با فرد دارد

* در ستون وضعیت تاهل موارد با این عناوین ذکر شود : متاهل -مجرد- مطلقه- بیوه- سایر

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

((دستورالعمل تکمیل فرم گزارش ماهانه برنامه پیشگیری از خودکشی))

این فرم جهت ثبت موارد اقدام به خودکشی و به منظور استخراج شیوع خودکشی و اقدام به خودکشی تهیه شده است و به علل و دلایل خودکشی می پردازد.

- هدف از تکمیل این فرم علاوه بر شیوع خودکشی به منظور تدوین برنامه های مداخله ای جهت کاهش میزان خودکشی است.

- اطلاعات در اغلب ستونها به صورت چک مارک ثبت می شود به جز قسمتهایی که در پایین فرم شرح داده شده است.

- اطلاعات ثبت شده، از بیمارستان به مرکز بهداشت شهرستان و از آنجا به حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه (واحد بهداشت روان) و نهایتا به منظور ثبت اطلاعات کشوری به

تهران گزارش داده می شود خواهشمند است همکاری لازم رادر تکمیل اطلاعات به صورت واقعی، دقیق و کامل به عمل آورید

- این فرم ماهانه تکمیل و نهایتا تا دوم ماه بعد به مرکز بهداشت شهرستان گزارش داده می شود.

((قبلا از همکاری صمیمانه شما در ثبت اطلاعات و اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی تشکر به عمل می آید))