

سال .....

ماه .....

برنامه شهری

برنامه روستایی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

« فرم ثبت خودکشی »

دانشگاه علوم پزشکی .....

شهرستان .....

مرکز بهداشتی درمانی .....

خانه/پایگاه بهداشت .....

جمعیت تحت پوشش دانشگاه \* .....

اطلاعات مربوط به خودکشی										مشخصات فرد بیمار																		
آدرس	نتیجه اقدام به خودکشی			علت اقدام به خودکشی	روش خودکشی				سابقه بیماری جسمی	سابقه اقدام به خودکشی	مرکز ارائه دهنده خدمات روانپزشکی	تاریخ اقدام به خودکشی (روز- ماه- سال)	شماره تماس تلفن	شغل	منطقه سکونت		وضعیت تاهل	جنس		تاریخ تولد (روز- ماه- سال)	کد ملی سرپرست خانوار	کد ملی بیمار	نام و نام خانوادگی	ردیف				
	ارجاع به	بهبودی	فوت		در خانواده	دارد (تعداد دفعات ذکر شود)	ندارد	در فرد							دارد (تعداد دفعات ذکر شود)	ندارد		دارد (بیماری ذکر شود)	دارد (بیماری ذکر شود)						روستا	شهر	مرد	زن

تاریخ گزارش:

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

محل سکونت: 1 شهر 2 روستا

جنس: 1 مرد 2 زن

وضعیت تاهل: 1 مجرد 2 متأهل 3 مطلقه 4 بیوه 5 نامشخص 6 سایر

وضعیت اشتغال: 1 قانون گذاری، مقامات عالی رتبه 2 متخصصان 3 تکنسین ها و دستیاران 4 کارمندان امور اداری و دفتری 5 کارکنان خدماتی و فروشندگان 6 کارکنان ماهر کشاورزی، جنگلداری و ماهیگیری 7 صنعتگران و کارکنان شاغال مربوط 8 متصدیان و مونتاژکاران ماشین آلات و دستگاهها و رانندگان

9 کارگران ساده 10 نیروهای مسلح 11 سایر

وضعیت تحصیل: 1 بی سواد 2 سوادخواندن (بهبود) 3 راهنمایی 4 دبیرستان 5 دانشگاهی 6 دکتری تخصصی و فوق دکتری 7 سایر

مرکز ارائه دهنده خدمت: 1 خانه بهداشت 2 مرکز بهداشتی - درمانی 3 پایگاه بهداشت 4 مرکز خدمات جامع سلامت 5 بیمارستان 6 اورژانس اجتماعی 7 زندان 8 سایر

سابقه بیماری روانی: 1 دارد 2 ندارد

سابقه اقدام به خودکشی: 1 دارد 2 ندارد

نتیجه خودکشی: 1 فوت شده 2 فوت نشده

آدرس: در مواردی که فرم به صورت کاغذی جمع آوری می شود آدرس دقیق و خوانا در پشت فرم با شماره ردیف یادداشت گردد.

\* منظور از جمعیت تحت پوشش دانشگاه جمعیت سرشماری است.

روش خودکشی: 1 مسمویت با دارو 2 مسمویت با سم 3 مسمویت با مواد مخدر 4 سلاح گرم 5 سلاح سرد 6 خودسوزی 7 دار زدن 8 پرتاب از بلندی 9 غرق شدن 10 سایر