**مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان: .................................**

همکار محترم بر اساس احساس وظیفه قانونی و شرعی در جهت کمک به دستگاههای ذیربط برای حل معضلات و مشکلات اجتماعی خواهشمند است در تکمیل فرم نهایت دقت را مبذول فرمایید

تاریخ:

شماره پرونده:

شماره مسلسل: .................................

**شبکه بهداشت و درمان: .............................................**

**«فرم مشخصات اقدام کنندگان به خودکشی»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی بیمار | شماره شناسنامه بیمار | کد ملی سرپرست خانوار | تاریخ تولدروز/ ماه/ سال | سن به سال | **جنس** | **محل تولد** | **محل سکونت** | **مدت اقامت** | **وضعیت در خانواده** |
| مرد | زن | شهر | روستا | شهر | روستا | حاشیه شهر | سرپرست | همسر | فرزند | سایربا ذکر نام |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **وضعیت تاهل** | **در صورت عدم تجرد** | **در صورت تجرد** | **وضعیت تحصیلی** |
| مجرد | متاهل | همسر فوت شده (بیوه) | مطلقه | نامشخص | سایر با ذکر نام | ازدواج مجدد | تعداد همسر یا هوو | تعداد فرزندان | تحصیلات همسر | شغل همسر | درآمد تقریبی همسر | تعداد افراد خانواده | والدین در قید حیات | بی سواد/ خواندن و نوشتن | ابتدایی | راهنمایی | دبیرستان | دانشگاهی | دکترای تخصصی و فوق دکترا | سایر با ذکر نام |
| بلی | خیر | پسر | دختر | برادر | خواهر | پدر | مادر |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **وضعیت شغلی** |
| قانون گزار، مقام عالی رتبه، مدیر ارشد سازمانی | متخصص، تکنسین،دستیار و ... | کارمند امور اداری و دفتری | کارمند خدماتی و فروشندگی | کارکنان ماهر کشاورزی، جنگلداری و ... | صنعت گر و کارکنان مشاغل مربوطه | متصدی و مونتاژکار ماشین آلات و ... | کارگر ساده | نیروی مسلح | شغل آزاد | خانه دار | دانش آموز | دانشجو | بیکار | سایر با ذکر نام |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| درآمد تقریبی ماهانه فرد | قومیت | ملیت | **مذهب** | **وضعیت منزل مسکونی** | تعداد اطاق های منزل مسکونی | **نوع ساختمان** | **نوع خانواده** | **میزان تحصیلات والدین** | **شغل والدین** | **درآمد تقریبی والدین** |
| شیعه | سنی | سایر با ذکر نام | شخصی | اجاره ای | رهنی | سازمانی | پدری | غیره | ویلایی | آپارتمان | غیره | هسته ای | گسترده | پدر | مادر | پدر | مادر | پدر | مادر |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاریخ اقدام به خودکشیروز/ ماه/ سال | ساعت خودکشی | تاریخ مراجعه به بیمارستان | **محل خودکشی** | **چگونگی خودکشی** | **وسیله خودکشی** | **اولین شخص**  | **مرکز ارائه دهنده خدمات روانپزشکی** |
| منزل | محل کار | سایر با ذکر نام | در جمع | در تنهایی | مسمومیت با سم | مسمومیت با دارو | مسمومیت با مواد مخدر | دار زدن | سلاح گرم | سلاح سرد | خودسوزی | پرتاب از بلندی | غرق شدن | سایر با ذکر نام | مطلع از حادثه | انتقال دهنده به بیمارستان | خانه بهداشت | مرکز بهداشتی درمانی | بیمارستان | اورژانس اجتماعی | زندان | سایر با ذکر نام |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نتیجه خودکشی** | مدت بستری در بیمارستان | تاریخ ترخیص | **علت خودکشی** |
| فوت شده | تاریخ فوت | فوت نشده | نامعلوم | اعزام به مرکز درمانی | تعارضات خانوادگی با | طلاق | ازدواج اجباری | بیماری | اعتیاد | شکست تحصیلی | فقر  | سایر با ذکر نام |
| والدین | همسر | فرزندان | سایر با ذکر نام | جسمی | روحی | دفعات بستری در بیمارستان | خود | والدین | فرزندان | سایر با ذکر نام |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **سابقه بیماری روانی در فرد** | **سابقه بیماری جسمی** | **سابقه اقدام به خودکشی در فرد** | **تعداد دفعات اقدام به خودکشی در فرد** | **وسیله خودکشی در دفعات قبلی** | **سابقه خودکشی در خانواده** | **آیا فرد از اقدام به خودکشی پشیمان شده است؟** | **پاسخگو به سئوالات** | **شماره تلفن تماس** |
| دارد | ندارد | نام بیماری | دارد | ندارد | نام بیماری | دارد | ندارد |  |  | دارد | ندارد | نسبت با فرد | وسیله خودکشی | بلی | خیر | فرد اقدام کننده | سایر با ذکر نام |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**آدرس محل سکونت فرد اقدام کننده:**

**نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: تاریخ تکمیل فرم:**