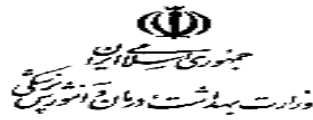


سال

ماه

برنامه شهری برنامه روستایی



دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

« فرم ثبت خودکشی »

دانشگاه علوم پزشکی کاشان

شهرستان

مرکز خدمات جامع / پایگاه سلامت

جمعیت تحت پوشش مرکز / پایگاه *

اطلاعات مربوط به خودکشی										مشخصات فرد بیمار																	
آدرس	نتیجه اقدام به خودکشی			علت اقدام به خودکشی	روش خودکشی	سابقه اقدام به خودکشی				سابقه بیماری روانی	سابقه بیماری جسمی	مرکز ارائه دهنده خدمات روانپزشکی	تاریخ اقدام به خودکشی (روز - ماه - سال)	شماره تماس تلفن	شغل	تحصیلات	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	در فرد	دارد (تعداد دفعات)	ندارد								دارد (تعداد دفعات)	ندارد								روستا	شهر
												//															
												//															
												//															
												//															
												//															
												//															

تاریخ گزارش:

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

* وضعیت اشتغال: ۱ قانون گذاری، مقامات عالی رتبه ۲ متخصصان ۳ تکنسین‌ها و دستیاران ۴ کارمندان امور اداری و دفتری ۵ کارکنان خدماتی و فروشندگان ۶ کارکنان ماهر کشاورزی، جنگلداری و ماهیگیری ۷ صنعتگران و کارکنان مشاغل مربوط ۸ متصدیان و مونتاژکاران ماشین آلات و دستگاه‌ها و رانندگان ۹ کارگران ساده ۱۰ نیروهای مسلح ۱۱ سایر * وضعیت تحصیل: ۱ بی‌سواد ۲ سوادخواندن (نهیضت) ۳ راهنمایی ۴ دبیرستان ۵ دانشگاهی ۶ دکتری تخصصی و فوق دکتری ۷ سایر * مرکز ارائه دهنده خدمت: ۱ پایگاه سلامت ۲ مرکز خدمات جامع سلامت ۳ بیمارستان ۴ اورژانس اجتماعی ۵ زندان ۶ سایر * روش خودکشی: ۱ مسمویت با دارو ۲ مسمویت با سم ۳ مسمویت با مواد مخدر ۴ سلاح گرم ۵ سلاح سرد ۶ خودسوزی ۷ دار زدن ۸ پرتاب از بلندی ۹ غرق شدن ۱۰ سایر * آدرس: در مواردی که فرم به صورت کاغذی جمع آوری می‌شود آدرس دقیق و خوانا در پشت فرم با شماره ردیف یادداشت گردد.