



(มีคำแนะนำเพิ่มเติม ที่หน้า 2)

คำแนะนำวิธีตอบ: จดเครื่องหมายถูก ในช่อง ที่ตรงกับคำตอบ และเขียนคำตอบลงในช่องว่าง และข้อ อื่นๆ ระบุ...

<p>A1 สถานบริการที่ทำงาน <input type="checkbox"/>1 สอ/PCU <input type="checkbox"/>2 รพศ./รพท. <input type="checkbox"/>3 ร.พ.จิตเวช <input type="checkbox"/>4 รพช. <input type="checkbox"/>5 อื่นๆ (ระบุ)..... อำเภอ..... ZIP1 รหัสไปรษณีย์</p>	<p>A2 แหล่งข้อมูล คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/>1 ผู้ป่วยเอง <input type="checkbox"/>2ญาติ / คนใกล้ชิด <input type="checkbox"/>3 ผู้ให้บริการ <input type="checkbox"/>4 บัตรไอพีดี <input type="checkbox"/>5 เวชระเบียน-ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/>6 มรณะบัตร <input type="checkbox"/>7 อื่นๆ (ระบุ).....</p>	<p>ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....ถนน..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....ZIP2รหัสไปรษณีย์.....</p>	
<p>ผู้ป่วย ชื่อ.....สกุล..... HN.....A3 <input type="checkbox"/>1ชาย <input type="checkbox"/>2ชายเขา <input type="checkbox"/>3เขมร <input type="checkbox"/>4 พม่า <input type="checkbox"/>5 ลาว <input type="checkbox"/>6 จีน <input type="checkbox"/>7 ฝรั่งเศส <input type="checkbox"/>8 อื่นๆระบุ...</p>	<p>A4 เพศ <input type="checkbox"/>1ชาย <input type="checkbox"/>2หญิง A5 อายุ..... ปี A6 เลขบัตรประชาชน (13 หลัก) [][][][][][][][][][][][][][][]</p>	<p>ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... ZIP3รหัสไปรษณีย์..... <input type="checkbox"/> บ้านเดียวกัน กับที่อยู่ปัจจุบัน</p>	
<p>A7 สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/>1 โสด <input type="checkbox"/>2 คู่ <input type="checkbox"/>3 ฆ่า <input type="checkbox"/>4 หย่า/ แยก <input type="checkbox"/>5 อื่นๆ.....</p>	<p>A8 อาชีพ <input type="checkbox"/>1 เกษตรกรรม <input type="checkbox"/>2 รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน <input type="checkbox"/>3 แม่บ้าน <input type="checkbox"/>4 พนักงานบริษัท <input type="checkbox"/>5 ค้าขาย / กิจการ-ส่วนบุคคล <input type="checkbox"/>6 ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/>7 นักศึกษา/นักเรียน <input type="checkbox"/>8 นักบวช <input type="checkbox"/>9 ตกงาน <input type="checkbox"/>10 อื่นๆระบุ...</p>		
<p>B1 วันที่มาเดือน.....พ.ศ.....</p>	<p>B2 ถูกส่งต่อมาจาก <input type="checkbox"/>0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>1 สอ/PCU <input type="checkbox"/>2 รพศ./รพท. <input type="checkbox"/>3 รพ.จิตเวช <input type="checkbox"/>4 รพช. <input type="checkbox"/>5 อื่นๆ</p>		
<p>B3 ประเภทของการมารับบริการ B31 ผู้มีภาวะซึมเศร้า(อาจทำหรือไม่ทำร้ายตนเอง) <input type="checkbox"/> 1 มาครั้งแรก <input type="checkbox"/>2 ติดตามผล <input type="checkbox"/>3 เยี่ยมบ้าน (ข้อ 1 คือมาครั้งแรกในเป็นประมาณใหม่) B32 ผู้ทำร้ายตนเอง (ทำร้ายฯใหม่ทุกครั้ง ตอบ <input type="checkbox"/>1) <input type="checkbox"/>1 มาครั้งแรก <input type="checkbox"/>2 ติดตามผล <input type="checkbox"/>3 เยี่ยมบ้าน</p>	<p>B4 ขณะนี้ภาวะซึมเศร้า ไข้หรือไม่ <input type="checkbox"/>1 ไม่มี <input type="checkbox"/>2 มี → (ถ้า มี ใครวินิจฉัยให้ตอบ B41) B41 ใครวินิจฉัย <input type="checkbox"/>1 แพทย์ Dx..... <input type="checkbox"/>F32 <input type="checkbox"/>F33 <input type="checkbox"/>F34 <input type="checkbox"/>F38 <input type="checkbox"/>F39 <input type="checkbox"/>โรคอื่นๆ..... <input type="checkbox"/>2 เจ้าหน้าที่ใช้ แบบคัดกรอง (6+2 DS) <input type="checkbox"/> ภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> 3 เจ้าหน้าที่ใช้ แบบประเมินโรคซึมเศร้า พบว่าระดับ <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> 4 เจ้าหน้าที่ใช้ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่าระดับ <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe</p>		
<p>B5 ถูกคนอื่นทำร้าย <input type="checkbox"/>1 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>2 ใช่</p>		<p>B6 ทำร้ายคนอื่นด้วย <input type="checkbox"/>1 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>2 ใช่ ระบุ.....</p>	
<p>B7 ทำร้ายตนเอง มาแล้วกี่ครั้ง (รวมครั้งนี้) <input type="checkbox"/>1 หนึ่งครั้ง <input type="checkbox"/>2 มากกว่า 1 ครั้ง →</p>			<p>B8 ทำร้ายตนเองครั้งก่อน เมื่อ เดือน.....พ.ศ.....</p>
<p>B9 วิธีการทำร้ายตนเองในครั้งนี้ คือ <input type="checkbox"/>01 กินยาเกินขนาด <input type="checkbox"/>02 กินสารกำจัดแมลง <input type="checkbox"/>03 กินสารกำจัดวัชพืช <input type="checkbox"/>04 กินสารเคมีอื่นๆ ระบุ..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/>05 ไขว่ของมีคม ของแข็ง <input type="checkbox"/>06 ใช้น้ำ <input type="checkbox"/>07 กระโดดที่สูง <input type="checkbox"/>08 ผูกคอ <input type="checkbox"/>09 กระโดดน้ำ <input type="checkbox"/>10 วิ่งให้รถชน <input type="checkbox"/>11 อบควัน/อบแก๊ส <input type="checkbox"/>12 อื่นๆ ระบุ.....</p>			
<p>C1 ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือทำร้ายตนเอง (บรรยาย "เหตุการณ์, บุคคล, คำพูด, ทักษะ" และขีด <input checked="" type="checkbox"/> ในข้อที่สอดคล้องกัน).....</p>			
<p>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ <input type="checkbox"/>01 น้อยใจ ถูกดูค่า ต่ำ <input type="checkbox"/>011 คนอื่น นินทาว่าร้าย จนอับอายมาก <input type="checkbox"/>02 ปัญหาผิดหวังความรัก / หึงหวง <input type="checkbox"/>03 ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด <input type="checkbox"/>04 ต้องการการเอาใจ / ขอแล้วไม่ได้ <input type="checkbox"/>05 ปัญหาการเรียน <input type="checkbox"/>06 ปัญหาสูญเสียพ่อแม่ พี่ น้อง ญาติ</p>	<p><input type="checkbox"/>061 คนอื่นในครอบครัวขัดแย้งกัน <input type="checkbox"/>07 ปัญหาโรคเรื้อรัง/ เอชไอวี/ เสียใจ <input type="checkbox"/>08 กลัวว่าตนจะติด เชื้อเอชไอวี (HIV) <input type="checkbox"/>09 ปัญหาโรคจิต <input type="checkbox"/>10 ปัญหาภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/>11 ปัญหาสุขภาพ ไม่มีคนดูแล <input type="checkbox"/>12 ปัญหาสุขภาพจิต(ตนเอง) <input type="checkbox"/>13 ปัญหาคนในครอบครัวติดสุรา/ยาเสพติด</p>	<p><input type="checkbox"/>14 ปัญหาดื่มสุรามากในช่วงนี้ (แม้ไม่ติดสุรา) <input type="checkbox"/>15 ปัญหาเศรษฐกิจ ยากจน ค่าใช้จ่ายขาดทุน สัมลละลาย <input type="checkbox"/>16 ปัญหาหน้าทวม <input type="checkbox"/>17 ปัญหาการสูญเสียทรัพย์สิน / ประสบภัย/ เสียพนัน <input type="checkbox"/>18 ปัญหาமிคีดี / หนีความผิดที่ตนก่อ <input type="checkbox"/>19 ปัญหาการทำงาน <input type="checkbox"/>20 ตกงาน <input type="checkbox"/>21 ปัญหา อื่นๆ ระบุ)..... <input type="checkbox"/>99 ไม่ทราบ</p>	
<p>C2 ปัญหาสุขภาพอื่นๆ <input type="checkbox"/>01 ไม่มี <input type="checkbox"/>มี ได้แก่ <input type="checkbox"/>02 เบาหวาน <input type="checkbox"/>03 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/>04 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/>05 ไตวายเรื้อรัง <input type="checkbox"/>06 โรคตับเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/>07 โรคปอดเรื้อรัง <input type="checkbox"/>08 ปวดศีรษะเรื้อรัง <input type="checkbox"/>09 ปวดข้อ/เท้า/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง <input type="checkbox"/>10 โรคประสาท <input type="checkbox"/>11 ลมชัก <input type="checkbox"/>12 พิการที่ตา หู แขน ขา <input type="checkbox"/>13 อัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง/ไขสันหลัง <input type="checkbox"/>14 มะเร็ง (อวัยวะใดๆ) <input type="checkbox"/>15 โรคจิต <input type="checkbox"/>16 เอชไอวี <input type="checkbox"/>17 อื่นๆ ระบุ.....</p>			
<p>C3 พฤติกรรมส่วนบุคคล <input type="checkbox"/>1 ติดบุหรี่ <input type="checkbox"/>2 ติดสุรา <input type="checkbox"/>3 ติดสารเสพติด <input type="checkbox"/>4 ติดการพนัน <input type="checkbox"/>5 ติดเกมส์/อินเทอร์เน็ต <input type="checkbox"/>6 ไม่มีทั้งข้อ 1 ถึง 5</p>			
<p>D1 บริการที่ได้รับ <input type="checkbox"/>1 ให้คำปรึกษา <input type="checkbox"/>2 แนะนำญาติ <input type="checkbox"/>3 เอกสารความรู้ <input type="checkbox"/>4 ยาแก้เศร้า Amitriptyline/Nortriptyline <input type="checkbox"/>5 ยาแก้เศร้า Fluoxetine / SSRI (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/>6 ยาแก้เศร้าอื่นๆ <input type="checkbox"/>7 ยาลดกังวล <input type="checkbox"/>8 ยาโรคจิต <input type="checkbox"/>9 ช็อคไฟฟ้า <input type="checkbox"/>10 ให้เงิน/สิ่งของ <input type="checkbox"/>11 เข้ากลุ่ม self-help <input type="checkbox"/>12 บริการสังคม <input type="checkbox"/>13 อื่นๆ</p>			
<p>D2 มีการ admit <input type="checkbox"/>1 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>2 ใช่</p>	<p>D3 เสียชีวิต <input type="checkbox"/>1 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>2 ใช่</p>	<p>D4 วันที่เสียชีวิต...../...../.....</p>	<p>D5 (ถ้าไม่ตาย) คิดทำร้ายตนเองอีก <input type="checkbox"/>1 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>2 ใช่ <input type="checkbox"/>3 ไม่แน่ใจ</p>
<p>D6 ส่งต่อไปที่ <input type="checkbox"/>0 ไม่ส่งต่อ <input type="checkbox"/>1 สอ/PCU <input type="checkbox"/>2 รพศ./รพท. <input type="checkbox"/>3 รพ.จิตเวช <input type="checkbox"/>4 รพช. <input type="checkbox"/>5 อื่นๆ.....</p>			
<p>ผู้บันทึก ชื่อ.....สกุล..... โทรศัพท์..... วันที่บันทึก/...../ 25.....</p>			