|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| indir | | **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ**  **ACİL SERVİS İNTİHAR GİRİŞİMLERİ BİLDİRİM FORMU** | | | | | | | |
| **KODU** | **AS.FR.03** | **YAYIN TARİHİ** | **01.11.2018** | **REVİZYON TARİHİ** | **01.01.2022** | **REVİZYON NO** | **01** | **SAYFA SAYISI** | **01** |

**1- Adı Soyadı:**............................................. **2- Protokol No**:....................................................................

**3- Cinsiyet:** Kadın ( ) Erkek ( ) **4-Tarih:**................................................................................

**5- İntihar Girişimi Saati**:............................. **6- Acile Geliş Saati:**.............................................................

**7- Adres-Telefon (hastanın):**....................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

**Adres-Telefon (yakınının):**.......................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

**8- Yaş:** 15-24 ( ) 25-34 ( ) 35-49( ) 50-64 ( ) 65+ ( )

1. **Medeni Durum:** Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( ) Boşanmış ( ) Nişanlı ( ) Ayrı Yaşıyor ( )

# Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil ( ) İlköğretim ( İlkokul-Ortaokul) ( ) Üniversite ( ) Okur-yazar ( ) Lise ( ) Bilinmiyor ( )

1. **İş Durumu:** Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Ev Hanımı ( ) Öğrenci ( ) Bilinmiyor ( )

**12- Meslek:** ...............................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **13- İntihar Şekli:**  İlaç-Toksik Madde ( ) | | Kendini Asarak ( ) | | Suya Atlama ( ) | Tüp Gaz, Doğalgaz ( ) | |
| Kesici Aletle ( ) Yüksekten Atlama ( ) | | Ateşli Silahla ( ) Diğer ( ) | | Yakma ( ) Bilinmiyor ( ) | Araç Altına Atlama ( ) | |
| **14- İntihar Nedeni:** | |  | |  |  | |
| Aile ( ) | Aile İçi Şiddet ( ) | | Çocuklar ( ) | Ebeveyn Çatışmaları ( ) Ölüm/Kayıp ( ) Yalnızlık ( ) | | |
| Taciz ( ) | İletişim Sorunları ( ) | | Tecavüz ( ) | Karşı Cinsle Sorunlar ( ) Cinsel Sorunlar ( ) Okul ( ) | | |
| İş ( ) Evsiz Kalma ( ) | | | Ekonomik ( ) | Gelişim Dönemi Sorunları ( ) | | Sınav Kaygısı ( ) |
| Alkol ve Madde Bağımlılığı ( ) | | | Evlilik ( ) | Hastalık ( ) Süreğen Hastalık ( ) | | Ruhsal Hastalık ( ) |

# Daha Önceki İntihar Girişimleri:

Kendisinde: Var ( ) Yok ( ). \*( Var ise sayı belirtilecek)

Ailesinde : Var ( ) Yok ( )

# Daha Önceki Psikiyatrik Tanı:

Kendisinde: Var ( ) Yok ( ). \*( Var ise tanı belirtilecek)

Ailesinde : Var ( ) Yok ( ). \*( Var ise tanı belirtilecek)

# Son altı ay içinde psikiyatrik tedavi veya takip yapılmış mı:

Evet ( ) ise tedavi şekli :...........................................................................................................................................

Hayır ( )

# Uygulanan Tıbbi Tedavi Şekli :

İlaç Tedavisi: Evet ( ) Hayır ( )

Diğer : ..................................................................................................................................................................

# Psikiyatrik Konsültasyon Yapıldı mı?

Evet ( ) Hayır ( )

# Medikal tedavi tamamlandıktan sonra hasta intihar girişimlerinden sorumlu acil çalışanına yönlendirilecektir.

**Formu Dolduran: \*Kriz Odası Sorumlusu:**

**Adı – Soyadı: Adı – Soyadı:**

**Ünvanı: Ünvanı**

**İmza: İmza:**

**NOT: 1- Bu form doldurulurken gizlilik esaslarına uygun hareket ediniz.**

**2- (\*) Burayı, “Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı” kapsamında pilot olarak belirlenen illerin pilot hastaneleri dışındaki hastanelerde “acil servis sorumlu hekimi” imzalayacaktır.**