نام مرکز / شبکه: دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم :۰۲-۱۹-۱۰۲

نام واحد : معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل : / /

فرم گزارش مواراقدام و مرگ و میرناشی از خودکشی

ماه ☐☐

دوره تکمیل فرم : ماهانه

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری☐ مرکز بهداشتی درمانی روستایی☐ خانه بهداشت☐ پایگاه بهداشتی☐ بیمارستان☐ اورژانس☐

ردیف	سن			جنس	شغل	وضعیت تاهل	منطقه سکونت	تحصیلات	شماره تماس	سابقه بیماری روانی			سابقه بیماری جسمانی			سابقه اقدام خودکشی		روش خودکشی	نتیجه خودکشی		منبع ثبت آمار	تاریخ ثبت
	روز	ماه	سال							دارد	ندارد	نوع بیماری	دارد	ندارد	نوع بیماری	دارد	ندارد		موفق	ناموفق		

*** درهنگام ثبت فرم گزارش موارد ذیل را دقت نمائید:

* **شغل**: بیکار، خانه دار، کشاورز –دامدار ، کارمند،کارگر،شغل آزاد، دانش آموز،دانشجو، سایر، نامشخص * **وضعیت تاهل** : متاهل ، مجرد ، مطلقه ،بیوه ، سایر ، نامشخص

* **تحصیلات** : بی سواد ، ابتدائی ، راهنمائی ، متوسطه ، دیپلم ، فوق دیپلم ، لیسانس ، فوق لیسانس ، دکتری و بالاتر

* **روش خودکشی** : دارزدن – مسمومیت با دارو – مسمومیت با سموم و مواد شیمیائی – خودسوزی – مسمومیت با تریاک – اسلحه و ثبت هر مورد دیگر عینا مطابق با روش انجام گردیده

* **منبع ثبت آمار**: اورژانس – مراکز بهداشتی درمانی –پزشکی قانونی –بیمارستان – خانه بهداشت و سایر با ذکر نام منبع و تاریخ ثبت

نام و سمت تکمیل کننده : امضاء : نام و امضاء مسئول مرکز :