

M.I.N.I-Suicide

ให้ลงค่าคะแนนที่ประเมินได้ตามเกณฑ์ให้คะแนนในช่องคะแนน และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับกรรับรู้ของผู้ป่วย

ข้อ	ประเด็นคำถาม	เกณฑ์		จุดป.	จุดป.	จุดป.	จุดป.
		ให้คะแนน					
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา		ไม่ใช่	ใช่	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
C1	คุณเคยได้รับอุบัติเหตุหรือไม่ ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อ	0	0				
C1a	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณได้วางแผนหรือตั้งใจที่จะทำร้ายตัวเอง ไม่ว่าโดยทำด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นกระทำหรือไม่ ถ้าตอบ "ใช่" ให้ถามต่อ	0	0				
C1b	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจที่จะให้เสียชีวิตหรือไม่	0	0				
C2	คุณคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดีกว่า หรือ อยากให้ตัวเองตายไปหรือไม่	0	1				
C3	คุณอยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บหรือไม่	0	2				
C4	คุณมีความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่	0	6				
<p>ขณะที่ถึงสัมภาษณ์ คุณสามารถควบคุมตัวเอง หรือบอกได้ว่าคุณจะไม่กระทำการฆ่าตัวตายหรือไม่ ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 8 คะแนน</p> <p>ถ้า ตอบว่า "ใช่" ให้ถามถึงความรุนแรงและ<b>ความถี่</b>ของ<b>ความคิดฆ่าตัวตาย</b>ตามการรับรู้ของผู้ป่วย</p> <p style="text-align: center;">ความถี่      ความรุนแรง</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>บางครั้ง <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/></p> <p>บ่อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/></p> <p>บ่อยมาก <input type="checkbox"/> รุนแรง <input type="checkbox"/></p> </div>		8	0	ความถี่ รุนแรง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ความถี่ รุนแรง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ความถี่ รุนแรง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ความถี่ รุนแรง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C5	คุณมีแผนการฆ่าตัวตายหรือไม่	0	8				
C6	คุณได้เตรียมการเพื่อจะทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวเอง โดยคุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิตหรือไม่	0	9				
C7	คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ต้องการจะฆ่าตัวตายหรือไม่	0	4				
C8	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่	0	10				
<p>ในขณะที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น</p> <p>คุณหวังว่าจะมีคนมาช่วย หรือ จะรอดตาย หรือไม่ <input type="checkbox"/> ถ้าตอบ "ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย ✓</p> <p>คุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่ <input type="checkbox"/> ถ้าตอบ "ไม่ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย 0</p>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ตลอดชีวิตที่ผ่านมา :</b>							
C9	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหรือไม่	0	4				
<p>ข้อ C2 - C9 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่</p> <p>ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ รวมคะแนน ข้อที่ตอบว่า "ใช่" ตั้งแต่ข้อ C2 - C9 และระบุระดับความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ตามระดับคะแนนในกรอบการวินิจฉัย :</p>		<b>คะแนนรวม</b>					
<p>(1-8 = ต่ำ, 9-16 = ปานกลาง, ≥ 17 = มาก)</p> <p style="text-align: center;"><b>ระดับ</b></p>							
		<b>ผู้ที่ประเมิน</b>					
<p>เขียนให้ความเห็นเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่างนี้ จากผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในขณะนี้หรือในอนาคตอันใกล้</p>							
				คะแนน MINI ระดับ MILD		สิ้นสุดการติดตาม <input type="checkbox"/>	
				คะแนน MINI ระดับ ปานกลาง ขึ้นไป หรือ ตามคำสั่งแพทย์		ติดตามต่อ* <input type="checkbox"/>	