(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** ACİL SERVİS ÜNİTESİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİ KAYIT FORMU	

Doküman Kodu: ASH.FR.020	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

1- Adı Soyadı ve TC Kimlik No:

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+ ()

9- Medeni Durum: Evli () Bekar () Dul () Boşanmış () Nişanlı () Ayrı Yaşıyor ()

10- Eğitim Durumu: Okur-yazar değil () İlköğretim (İlkokul-Ortaokul) () Üniversite () Okur-yazar () Lise () Bilinmiyor ()

11- 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 () Ateşli Silahla () Yakma () Araç Altına Atlama () Yüksekten Atlama () Diğer () Bilinmiyor ()

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 ()

15- Daha Önceki İntihar Girişimleri: Kendisinde: Var () Yok ().....*(Var ise sayı belirtilecek) Ailesinde: Var () Yok ()

16- Daha Önceki Psikiyatrik Tanı: Kendisinde: Var () Yok ().....*(Var ise tanı belirtilecek) Ailesinde: Var () Yok ().....*(Var ise tanı belirtilecek)

17- Son altı ay içinde psikiyatrik tedavi veya takip yapılmış mı: Evet () ise tedavi şekli:..... Hayır ()

18- Uygulanan Tıbbi Tedavi Şekli: İlaç Tedavisi: Evet () Hayır ()
Diğer:.....

19- Psikiyatrik Konsültasyon Yapıldı mı? Evet () Hayır ()

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

Formu Dolduran:
Adı – Soyadı:
Ünvanı:
İmza:

Kriz Odası Sorumlusu:
Adı – Soyadı:
Ünvanı:
İmza:

NOT: Bu form doldurulurken gizlilik esaslarına uygun hareket ediniz.