

เวชระเบียนสำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ อายุ 18 ปีขึ้นไป

คำแนะนำ: ชีตเครื่องหมายถูก ☒ ในช่อง ☐ ที่ตรงกับคำตอบ/เขียนคำตอบลงในช่องว่าง

ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (หลังเกิดเหตุ – 2 สัปดาห์) ผู้ประเมินหน่วยงานโทรศัพท์วันที่ประเมิน/...../.....																																																																																																								
A1 ลักษณะของภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ ☐ ภัยธรรมชาติ ระบุ ☐ น้ำมีมนุษย ระบุ ☐ วิกฤตอื่น ๆ ระบุ A2 วัน เดือน ปี ที่เกิดเหตุ/...../..... เวลา A3 สถานที่ประเมิน	A4 ชื่อ – นามสกุล A5 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง A6 อายุ ปี A7 สถานภาพสมรส A8 ศาสนา A9 อาชีพ A10 ระดับการศึกษา A11 เลขบัตรประชาชน	A12 ที่อยู่ติดต่อได้ A13 เบอร์โทรศัพท์																																																																																																						
A14 ลักษณะของผู้ได้รับผลกระทบ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1.บาดเจ็บ ☐ 2.อยู่ในเหตุการณ์ ☐ 3.ญาติผู้เสียชีวิต (ระบุ) ☐ 4.ญาติผู้บาดเจ็บ (ระบุ) ☐ 5.ผู้สูญเสียบ้าน/ทรัพย์สิน ☐ 6.เจ้าหน้าที่/ผู้ให้การช่วยเหลือ ☐ 7.รับรู้เหตุการณ์ A15 ให้ระบุสาเหตุ หากไม่สามารถประเมินในขณะนี้ได้ ☐ คาย ☐ ย้ายถิ่นไปที่ ☐ ส่งต่อไปที่ ☐ ปฏิเสธการช่วยเหลือ ☐ อื่น ๆ		A16 ผู้ประสบภัยพิบัติกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตามต่อในระยะหลังได้รับผลกระทบได้แก่ผู้ที่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 กลุ่ม) ☐ ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ☐ 1. ผู้บาดเจ็บ ☐ 2. ญาติผู้เสียชีวิต ☐ 3. ผู้พิการ ☐ 4. ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ☐ 5. ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ☐ 6. ผู้มีประวัติการรักษาทาจิตเวช ☐ 7. ผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ ☐ 8. ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในช่วง 2 สัปดาห์ (ส่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ทันที) A17 การให้ความช่วยเหลือในระยะนี้ ☐ PFA ☐ อื่นๆ ระบุ.....																																																																																																						
ระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ – 3 เดือน) วันที่ประเมิน/...../.....		ระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป) วันที่ประเมิน/...../.....																																																																																																						
B1 ให้ระบุสาเหตุ หากไม่สามารถติดตามกลุ่มเสี่ยงในระยะนี้ได้ ☐ คาย ☐ ย้ายถิ่นไปที่ ☐ ส่งต่อไปที่ ☐ ปฏิเสธการช่วยเหลือ ☐ อื่น ๆ		C1 ให้ระบุสาเหตุ หากไม่สามารถติดตามกลุ่มเสี่ยงในระยะนี้ได้ ☐ คาย ☐ ย้ายถิ่นไปที่ ☐ ส่งต่อไปที่ ☐ ปฏิเสธการช่วยเหลือ ☐ อื่น ๆ																																																																																																						
B2 ขอให้เลือกระดับความเครียดของคุณในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา 1. ไม่เครียด 2. เล็กน้อย 3. ปานกลาง 4. มาก 5. มากที่สุด		C2 ขอให้เลือกระดับความเครียดของคุณในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา 1. ไม่เครียด 2. เล็กน้อย 3. ปานกลาง 4. มาก 5. มากที่สุด																																																																																																						
B3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th style="width: 50px;">มี</th> <th style="width: 50px;">ไม่มี</th> </tr> <tr> <td>1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรือเหนื่อยล้าหรือไม่</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> หากตอบ มี อย่างน้อย 1 ข้อ ให้ประเมินด้วย แบบคัดกรอง 9Q หากตอบ ไม่มี ทั้ง 2 ข้อ ให้ประเมินด้วย แบบคัดกรอง 9Q “เฉพาะข้อ 9” * แล้วข้ามไปประเมิน B5 (แบบคัดกรอง 2P)			มี	ไม่มี	1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรือเหนื่อยล้าหรือไม่			2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่			C3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th style="width: 50px;">มี</th> <th style="width: 50px;">ไม่มี</th> </tr> <tr> <td>1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรือเหนื่อยล้าหรือไม่</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> หากตอบ มี อย่างน้อย 1 ข้อ ให้ประเมินด้วย แบบคัดกรอง 9Q หากตอบ ไม่มี ทั้ง 2 ข้อ ให้ประเมินด้วย แบบคัดกรอง 9Q “เฉพาะข้อ 9” * แล้วข้ามไปประเมิน C5 (แบบคัดกรอง 2P)				มี	ไม่มี	1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรือเหนื่อยล้าหรือไม่			2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่																																																																																				
	มี	ไม่มี																																																																																																						
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรือเหนื่อยล้าหรือไม่																																																																																																								
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่																																																																																																								
	มี	ไม่มี																																																																																																						
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรือเหนื่อยล้าหรือไม่																																																																																																								
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่																																																																																																								
B4 แบบคัดกรอง 9Q ในช่วง 2 สัปดาห์รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="width: 50px;">ไม่มีเลย</th> <th style="width: 50px;">ขึ้นบางวัน(1-7วัน)</th> <th style="width: 50px;">ขึ้นบ่อยกว่า 7 วัน</th> <th style="width: 50px;">เป็นทุกวัน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3. หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>6. รู้สึกไม่ถนัดตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือรอบครั่วผิดหวัง</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>7. สมาธิไม่เต็มเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>*9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>			ไม่มีเลย	ขึ้นบางวัน(1-7วัน)	ขึ้นบ่อยกว่า 7 วัน	เป็นทุกวัน	1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3	2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3	3. หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3	4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3	5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3	6. รู้สึกไม่ถนัดตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือรอบครั่วผิดหวัง	0	1	2	3	7. สมาธิไม่เต็มเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3	8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3	*9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3	C4 แบบคัดกรอง 9Q ในช่วง 2 สัปดาห์รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="width: 50px;">ไม่มีเลย</th> <th style="width: 50px;">ขึ้นบางวัน(1-7วัน)</th> <th style="width: 50px;">ขึ้นบ่อยกว่า 7 วัน</th> <th style="width: 50px;">เป็นทุกวัน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3. หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>6. รู้สึกไม่ถนัดตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือรอบครั่วผิดหวัง</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>7. สมาธิไม่เต็มเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>*9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>				ไม่มีเลย	ขึ้นบางวัน(1-7วัน)	ขึ้นบ่อยกว่า 7 วัน	เป็นทุกวัน	1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3	2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3	3. หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3	4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3	5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3	6. รู้สึกไม่ถนัดตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือรอบครั่วผิดหวัง	0	1	2	3	7. สมาธิไม่เต็มเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3	8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3	*9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
	ไม่มีเลย	ขึ้นบางวัน(1-7วัน)	ขึ้นบ่อยกว่า 7 วัน	เป็นทุกวัน																																																																																																				
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3																																																																																																				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3																																																																																																				
3. หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3																																																																																																				
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3																																																																																																				
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3																																																																																																				
6. รู้สึกไม่ถนัดตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือรอบครั่วผิดหวัง	0	1	2	3																																																																																																				
7. สมาธิไม่เต็มเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3																																																																																																				
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3																																																																																																				
*9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3																																																																																																				
	ไม่มีเลย	ขึ้นบางวัน(1-7วัน)	ขึ้นบ่อยกว่า 7 วัน	เป็นทุกวัน																																																																																																				
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3																																																																																																				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3																																																																																																				
3. หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3																																																																																																				
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3																																																																																																				
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3																																																																																																				
6. รู้สึกไม่ถนัดตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือรอบครั่วผิดหวัง	0	1	2	3																																																																																																				
7. สมาธิไม่เต็มเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3																																																																																																				
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3																																																																																																				
*9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3																																																																																																				

ระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ – 3 เดือน) (ต่อ)					ระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป) (ต่อ)						
B5 แบบคัดกรอง 2P (ถ้าตอบไม่ใช่ข้อใดข้อหนึ่งให้ข้ามไปข้อ B7)		ใช่	ไม่ใช่			C5 แบบคัดกรอง 2P (ถ้าตอบไม่ใช่ข้อใดข้อหนึ่งให้ข้ามไปข้อ C7)		ใช่	ไม่ใช่		
1. ในปัจจุบัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดอาการ เช่น พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้คิดถึงเหตุการณ์ รู้สึกตื่นตัวระแวงระวังตลอดเวลา หรือหวงระลึกถึงหรือฝันถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หรือไม่			ข้ามไป ข้อ B7			1. ในปัจจุบัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดอาการ เช่น พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้คิดถึงเหตุการณ์ รู้สึกตื่นตัวระแวงระวังตลอดเวลา หรือหวงระลึกถึงหรือฝันถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หรือไม่			ข้ามไป ข้อ C7		
2. ในปัจจุบัน อาการที่เกิดส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การดูแลตัวเอง การทำงาน หรือความสัมพันธ์กับคนอื่นหรือไม่			ข้ามไป ข้อ B7			2. ในปัจจุบัน อาการที่เกิดส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การดูแลตัวเอง การทำงาน หรือความสัมพันธ์กับคนอื่นหรือไม่			ข้ามไป ข้อ C7		
หากตอบ ใช่ ทั้ง 2 ข้อ ให้ประเมินต่อด้วย แบบประเมิน PISCES-10					หากตอบ ใช่ ทั้ง 2 ข้อ ให้ประเมินต่อด้วย แบบประเมิน PISCES-10						
B6 แบบประเมิน PISCES-10 จากอาการต่อไปนี้ กรุณาวางกลมหมายเลขคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง ในปัจจุบันของท่านมากที่สุด		ไม่มีอาการ	อาการเล็กน้อย	มีอาการมาก	มีอาการรุนแรง	C6 แบบประเมิน PISCES-10 จากอาการต่อไปนี้ กรุณาวางกลมหมายเลขคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง ในปัจจุบันของท่านมากที่สุด		ไม่มีอาการ	อาการเล็กน้อย	มีอาการมาก	มีอาการรุนแรง
1. ตึงเครียด		0	1	2	3	1. ตึงเครียด		0	1	2	3
2. ไม่มีความสุข ไม่ร่าเริง		0	1	2	3	2. ไม่มีความสุข ไม่ร่าเริง		0	1	2	3
3. กังวล/หวาดเสียว/เกรงว่าเหตุการณ์รุนแรงจะเกิดขึ้นอีก		0	1	2	3	3. กังวล/หวาดเสียว/เกรงว่าเหตุการณ์รุนแรงจะเกิดขึ้นอีก		0	1	2	3
4. คิดถึงเหตุการณ์หรือภาพเหตุการณ์ผุดขึ้นมาซ้ำ ๆ ทั้งคืน และหลับ (ฝันถึง)		0	1	2	3	4. คิดถึงเหตุการณ์หรือภาพเหตุการณ์ผุดขึ้นมาซ้ำ ๆ ทั้งคืน และหลับ (ฝันถึง)		0	1	2	3
5. วิตกกังวล คิดวนเวียนซ้ำ ๆ เรื่องเดิม		0	1	2	3	5. วิตกกังวล คิดวนเวียนซ้ำ ๆ เรื่องเดิม		0	1	2	3
6. ขาดความมั่นใจ/ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง		0	1	2	3	6. ขาดความมั่นใจ/ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง		0	1	2	3
7. ระแวงระวัง ไม่ไว้วางใจสิ่งแวดล้อม		0	1	2	3	7. ระแวงระวัง ไม่ไว้วางใจสิ่งแวดล้อม		0	1	2	3
8. รู้สึกตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป		0	1	2	3	8. รู้สึกตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป		0	1	2	3
9. เมื่อยล้า ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย		0	1	2	3	9. เมื่อยล้า ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย		0	1	2	3
10. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง		0	1	2	3	10. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง		0	1	2	3
B7 สรุปผลการประเมิน (ควรส่งพบแพทย์เมื่อพบความเสียหายสูงอย่างน้อย 1 เครื่องมือ) ระดับความเครียด ☐ เลี่ยงต่ำ (<4) ☐ เลี่ยงปานกลาง (≥4) 9Q ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เลี่ยงต่ำ (<7) ☐ เลี่ยงปานกลาง (7-18) ☐ เลี่ยงสูง (≥19) ฆ่าตัวตาย (9Q ข้อ 9) ☐ เลี่ยงต่ำ (0) ☐ เลี่ยงสูง (≥1) PISCES-10 ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เลี่ยงต่ำ (<9) ☐ เลี่ยงปานกลาง (9-18) ☐ เลี่ยงสูง (≥19) สรุป ☐ ติดตามต่อ (พบความเสียหายปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 1 เครื่องมือ) ☐ ไม่ต้องติดตามต่อ					C7 สรุปผลการประเมิน ระดับความเครียด ☐ เลี่ยงต่ำ (<4) ☐ เลี่ยงปานกลาง (≥4) 9Q ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เลี่ยงต่ำ (<7) ☐ เลี่ยงปานกลาง (7-18) ☐ เลี่ยงสูง (≥19) ฆ่าตัวตาย (9Q ข้อ 9) ☐ เลี่ยงต่ำ (0) ☐ เลี่ยงสูง (≥1) PISCES-10 ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เลี่ยงต่ำ (<9) ☐ เลี่ยงปานกลาง (9-18) ☐ เลี่ยงสูง (≥19) สรุป ☐ พบแพทย์ (พบความเสียหายปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 1 เครื่องมือ) ☐ ไม่ต้องส่งพบแพทย์						
B8 การให้ความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ PFA ☐ Crisis counselling ☐ อื่นๆ ระบุ..... ☐ ส่งต่อเพื่อ.....		B9 ผลกระทบทางสังคมและความ ต้องการความช่วยเหลือ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ส่งต่อแหล่งช่วยเหลือ ระบุ.....			C8 การให้ความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ PFA ☐ Crisis counselling ☐ อื่นๆ ระบุ..... ☐ ส่งต่อเพื่อ.....		C9 ผลกระทบทางสังคมและความ ต้องการความช่วยเหลือ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ส่งต่อแหล่งช่วยเหลือ ระบุ.....				
B10 สำหรับแพทย์ อาการสำคัญ..... การวินิจฉัยโรค..... การรักษา					C10 สำหรับแพทย์ อาการสำคัญ..... การวินิจฉัยโรค..... การรักษา						
สถานที่ส่งต่อผู้ป่วย.....สาเหตุของการส่งต่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย.....หน่วยงาน.....					สถานที่ส่งต่อผู้ป่วย.....สาเหตุของการส่งต่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย.....หน่วยงาน.....						
ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....					ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....						

