|  |
| --- |
| УТВЕРЖДЕНОприказомминистерства здравоохраненияНовосибирской областиот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_ |

**Форма**

**ИЗВЕЩЕНИЕ**

**на лицо, госпитализированное по поводу суицидальных высказываний**

Наименование медицинской организации, заполнившей талон, отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Анамнестические сведения** | **Варианты ответов (нужное выделить)** |
| **1.** | **ФИО (отчество при наличии)** |  |
| **2.** | **дата рождения** |  |
| **3.** | **адрес регистрации** |  |
| **4.** | **дата высказываний** |  |
| **5.** | **высказывал намерение осуществить** | 1- отравление | 2- повешение | 3- самоповреждение режущими предметами | 4- падение с высоты | 5- другое |
| **6.** | **место высказываний** | 1- дома | 2- на работе | 3- в образовательном учреждении | 4- в интернате  | 5- на улице | 6- условия ареста | 7- в другом месте |
| **7.** | **совершение высказывания** | 1- в трезвом состоянии | 2- алкогольном опьянении  | 3- наркотическом опьянении |
| **8.** | **алкогольный анамнез** | 1 -нет сведений о злоупотреблении | 2 – имеются сведения о злоупотреблении |
| **9.** | **употребление наркотиков** | 1- в течение жизни отрицает  | 2 – имеются сведения (указать вид наркотика)  |
| **10.** | **суицидальные попытки ранее** | 1- да | 2- нет |
| **11.** | **мотивы** | 1- конфликт в семье | 2- конфликт на работе\учебе | 3- соматическое заболевание | 4- галлюцинаторные бредовые переживания | 5- другое |
| **12.** | **образование** | 1-неполное ср | 2- осн. среднее | 3- ср.спец, ср-техн | 4-н/высшее | 5- высшее |
| **13.** | **семейное положение** | 1- холост\не замужем | 2- семья | 3- вдов(а) | 4- другое |
| **14.** | **социальный статус** | 1- работает | 2- не работает | 3- учится | 4- на пенсии | 5- инвалид | 6- (другое) |
| **15.** | **диагноз (шифр)** |  |
| **16.** | **сопутствующие заболевания** | 1-ВИЧ | 2- онкология | 3-туберкулез | 4- другое тяжелое сопутствующее |

Контактные данные (Ф.И.О. **(отчество при наличии)**, телефон) лица, заполнившего извещение

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_