

แบบรายงานสถานการณ์เบื้องต้นการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต

๑. ข้อมูล

.....
.....
.....
.....
.....

ที่มา.....

วันที่.....เวลา.....น.

๒. ข้อเท็จจริง

.....
.....
.....
.....
.....

รายงานโดย :

ข้อมูลโดย :

ข้อมูล ณ วันที่.....เวลา.....น.

๓. การดำเนินงาน

.....
.....
.....

๔. แผนการดำเนินงาน

.....
.....
.....

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

ผู้รายงาน

แบบรายงานการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ครั้งที่..... (MCATT 1)

หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน.....
วันที่ปฏิบัติงาน.....เดือน.....พ.ศ.....สถานที่ลงปฏิบัติงาน.....
วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....สถานที่เกิดเหตุ.....
รายละเอียดเหตุการณ์.....

ความเสียหายที่เกิดขึ้น

- ☐ ผู้เสียชีวิต จำนวน.....ราย ☐ ผู้บาดเจ็บ จำนวน.....ราย ☐ สูญเสียบ้าน/ทรัพย์สิน จำนวน.....ราย
☐ ญาติผู้เสียชีวิต จำนวน.....ราย ☐ ญาติผู้บาดเจ็บ จำนวน.....ราย ☐ อื่นๆ ระบุ.....จำนวน.....ราย

จำนวนผู้ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ใหญ่ (18 ปีขึ้นไป).....คน เด็ก.....คน

ผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยง จำนวน.....คน

- ☐ ครอบครัวผู้เสียชีวิตราย ☐ สูงอายุ (ติดบ้าน/ติดเตียง)ราย
☐ ผู้บาดเจ็บราย ☐ ผู้พิการราย
☐ ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ราย ☐ ผู้ที่มีประวัติรักษาทางจิตเวชราย
☐ ผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ราย
☐ ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในช่วง 2 สัปดาห์ (ส่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ทันที)ราย

เด็กกลุ่มเสี่ยง จำนวน.....คน

- ☐ ครอบครัวผู้เสียชีวิตราย ☐ ผู้บาดเจ็บราย
☐ ผู้พิการ/เด็กพิเศษราย ☐ ผู้ที่มีประวัติรักษาทางจิตเวชราย
☐ ผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ราย
☐ Symptoms checklist พบความเสี่ยง.....ราย (0-5 ปี.....คน 6-12 ปี.....คน 13-17 ปี.....คน)

สรุปการช่วยเหลือ

- ☐ Psychological First Aid.....ราย ☐ Psychoeducation.....ราย ☐ Crisis Intervention.....ราย
☐ Supportive counseling.....ราย ☐ Resilience enhancement.....ราย
☐ การส่งต่อ.....ราย ☐ อื่นๆ.....

บุคลากรที่ปฏิบัติงาน

- ☐ แพทย์.....คน ☐ พยาบาล.....คน ☐ เภสัชกร.....คน
☐ นักจิตวิทยา.....คน ☐ นักสังคมสงเคราะห์.....คน ☐ อื่นๆ.....คน

ค่าใช้จ่าย

- ☐ ค่าเวชภัณฑ์.....บาท ☐ ค่าเบี้ยเลี้ยง.....บาท ☐ ค่าที่พัก.....บาท
☐ ค่ายานพาหนะ.....บาท ☐ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง.....บาท ☐ ค่าถุงยังชีพ.....บาท
☐ อื่นๆ.....บาท

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

วันที่รายงาน.....

[illegible]

ผู้สรุปรายงาน.....ตำแหน่ง.....
 โทร.....วันที่รายงาน.....เดือน.....พ.ศ.....

ผลการดำเนินงาน.....

ผู้ส่งรายงาน.....ตำแหน่ง.....
โทร.....วันทำงาน.....เดือน.....พ.ศ.....

เวหะเบี่ยนล่ำหะรล็ดที่ประสพวาระวักฤด/ภยพิบติ อายุต่ำกว่ำ 18 ปี

ก่ำน่นะนำ: ชิดเครื่องหลมยถูกลงในช่อง ☐ ที่ตรงกบถำคอบ/ เขียนถำคอบลงในช่องว่าง

ระยะวักฤดและฤดเกิน (หล่งเกิดเหตุ - 2 สัปดาห์) ผู้ประเมิน.....หน่วยงำน.....โทรศัพท์.....วันที่ประเมิน...../...../.....

A1 ลักษณะของวาระวักฤด/ภยพิบติ ☐ ภยธรรมชาติ ระนุ ☐ น้ำมือนบุนษั ระนุ ☐ วักฤดอื่น ๆ ระนุ A2 วันเลือก ปี ที่เกิดเหตุ/...../..... เวลา A3 สถานที่ประเมิน	A4 ชื่อ - นามสกุลชื่อเล่น..... A5 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง A6 อายุ ปี A7 ศาสนา A8 ระดับการศึกษา โรงเรียน..... A9 เลขบัตรประชาชน	A10 ที่อยู่ติดต่อได้ A11 เบอร์โทรศัพท์
---	--	---

A12 ลักษณะของล็ดที่ล่ำรับผลกระทบ (เลือกได้มำกกว่ำ 1 ข้อ) ☐ 1. บาดเจ็บ ☐ 2. อยู่ในเหตุการณั ☐ 3. ญาติผู้เสียชีวิต ระนุ..... ☐ 4. ญาติผู้บาดเจ็บ ระนุ..... ☐ 5. ทรัพย์สินเสียหาย ระนุ..... ☐ 6. รับรู้เหตุการณั	A14 การประเมินอาการล่ำหะรล็ดตามกลุ่มอายุ (Symptoms checklist) เด็กอายุแรกเกิด-5 ปี (ถ่ำพบดั่งด่ง / อาการขึ้นไปถ่ำว่ำมำความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีทำที่หวำดกล่ว/วักก้งวฬ/หลิกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ ร้องไห้โยเยง่ำง ☐ ไม่ยอมนอน ☐ พฤติกรรมเด็กกว่ำวัย เช่น กลับไปดูค่นัว บัสวาระดที่นอน ☐ ถ่ำร่ำว่ำกว่ำปกติ ☐ คิดแม่หรือผู้ดูแลหรือครมำกว่ำปกติ
A13 ให้ระบุสภพหตุ หลกไม่สมำรถประเมินในระยะนี้ได้ ☐ ดย ☐ ช่ำถิ่นไปที่..... ☐ ส่งค่อไปที่..... ☐ ปฏิเสธการช่ำเหลือ ☐ อื่น ๆ	เด็กอายุ 6-12 ปี (ถ่ำพบดั่งด่ง / อาการขึ้นไปถ่ำว่ำมำความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีทำที่หวำดกล่ว/วักก้งวฬ/หลิกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ เศร่ำ/ชอบอยู่คนเดียว/ไม่ร่ำเร้ง ☐ ส่นร่ำย/กริดรื่อง/หวำด่น/นอนละเมอกลำงคิ่น ☐ ถ่ำร่ำว่ำ/อละวำด ☐ พฤติกรรมเด็กกว่ำวัย เช่น กลับไปดูค่นัว บัสวาระดที่นอน/คิดผู้ใหญ่ ☐ การเรียนแย่งง
A15 เลือกกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดค้ำตามค่อในระยะหล่งล่ำรับผลกระทบได้แก่ค่อในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งค่อไปนี้ (เลือกได้มำกกว่ำ 1 กลุ่ม) ☐ 1. ผู้บาดเจ็บ ☐ 2. ญาติผู้เสียชีวิต ☐ 3. ผู้พิการ/ล็ดพิเทศ ☐ 4. ผู้มีประวัติดใช้สภพเสพิคในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่นมำ ☐ 5. ผู้มีประวัติดการรักษำทำงจิตเวช ☐ 6. ผู้ที่มีอาการอย่างใดอย่าง ☐ ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง หนึ่งค้ำม Symptoms checklist	เด็กอายุ 13-17 ปี (ถ่ำพบดั่งด่ง / อาการขึ้นไปถ่ำว่ำมำความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ วักก้งวฬ/หวำดกล่ว/หลิกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ หงุดหงิด/จนเลี่ยงง่ำง/ถ่ำร่ำว่ำ/ทะเลำกับผู้อื่นบ่อข ☐ กินไม่ได้/นอนไม่หลับ/ส่นร่ำย ☐ เสี่ยง/ไม่พูดผิดจำกปกติ ☐ สัมพ่นรภพที่ไม่ติดกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน ☐ การเรียนแย่งง สรุปผลการประเมินตามช่วงอายุ ☐ เสี่ยง ☐ ไม่เสี่ยง

ระบุข้อมูลผู้ปกครองรณัที่ต้องติดค้ำตามค่อเนื่องค้ำมคณัข้อ A15 A16 ชื่อ-นามสกุล.....(ถ่ำยข้องเป็น.....) A17 เลขบัตรประชาชน A18 ที่อยู่..... A19 โทรศัพท์.....	A20 การให้ควมช่ำเหลือในระยะนี้ ☐ PFA ☐ อื่น ๆ ระนุ.....
---	--

ระยะหล่งล่ำรับผลกระทบ (2 สัปดาห์ - 3 เดือน) วันที่ประเมิน/...../..... ระยะที่นัฟ (หล่งเกิดเหตุการณั 3 เดือนขึ้นไป) วันที่ประเมิน/...../.....

B1 ให้ระบุสภพหตุ หลกไม่สมำรถติดค้ำตามกลุ่มเสี่ยงในระยะนี้ได้ ☐ ดย ☐ ช่ำถิ่นไปที่..... ☐ ส่งค่อไปที่..... ☐ ปฏิเสธการช่ำเหลือ ☐ อื่น ๆ	C1 ให้ระบุสภพหตุ หลกไม่สมำรถติดค้ำตามกลุ่มเสี่ยงในระยะนี้ได้ ☐ ดย ☐ ช่ำถิ่นไปที่..... ☐ ส่งค่อไปที่..... ☐ ปฏิเสธการช่ำเหลือ ☐ อื่น ๆ
---	---

B2 การประเมินอาการล่ำหะรล็ดตามกลุ่มอายุ (Symptoms checklist) เด็กอายุแรกเกิด-5 ปี (ถ่ำพบดั่งด่ง / อาการขึ้นไปถ่ำว่ำมำความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีทำที่หวำดกล่ว/วักก้งวฬ/หลิกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ ร้องไห้โยเยง่ำง ☐ ไม่ยอมนอน ☐ พฤติกรรมเด็กกว่ำวัย เช่น กลับไปดูค่นัว บัสวาระดที่นอน ☐ ถ่ำร่ำว่ำกว่ำปกติ ☐ คิดแม่หรือผู้ดูแลหรือครมำกว่ำปกติ เด็กอายุ 6-12 ปี (ถ่ำพบดั่งด่ง / อาการขึ้นไปถ่ำว่ำมำความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีทำที่หวำดกล่ว/วักก้งวฬ/หลิกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ พฤติกรรมเด็กกว่ำวัย เช่น กลับไปดูค่นัว บัสวาระดที่นอน/คิดผู้ใหญ่ ☐ เศร่ำ/ชอบอยู่คนเดียว/ไม่ร่ำเร้ง ☐ ส่นร่ำย/กริดรื่อง/หวำด่น/นอนละเมอกลำงคิ่น ☐ ถ่ำร่ำว่ำ/อละวำด ☐ การเรียนแย่งง เด็กอายุ 13-17 ปี (ถ่ำพบดั่งด่ง / อาการขึ้นไปถ่ำว่ำมำความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ วักก้งวฬ/หวำดกล่ว/หลิกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ กินไม่ได้/นอนไม่หลับ/ส่นร่ำย ☐ หงุดหงิด/จนเลี่ยงง่ำง/ถ่ำร่ำว่ำ/ทะเลำกับผู้อื่นบ่อข ☐ เสี่ยง/ไม่พูดผิดจำกปกติ ☐ สัมพ่นรภพที่ไม่ติดกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน ☐ การเรียนแย่งง สรุปผลการประเมินตามช่วงอายุ ☐ เสี่ยง ☐ ไม่เสี่ยง กรณัพบควมเสี่ยงในเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไปให้ทำแบบประเมิน B3 (CRIES-8) กรณัพบควมเสี่ยงในเด็กอายุ 11 ปีขึ้นไปให้ทำแบบประเมิน B4 (PHQ-A)	C2 การประเมินอาการล่ำหะรล็ดตามกลุ่มอายุ (Symptoms checklist) เด็กอายุแรกเกิด-5 ปี (ถ่ำพบดั่งด่ง / อาการขึ้นไปถ่ำว่ำมำความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีทำที่หวำดกล่ว/วักก้งวฬ/หลิกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ ร้องไห้โยเยง่ำง ☐ ไม่ยอมนอน ☐ พฤติกรรมเด็กกว่ำวัย เช่น กลับไปดูค่นัว บัสวาระดที่นอน ☐ ถ่ำร่ำว่ำกว่ำปกติ ☐ คิดแม่หรือผู้ดูแลหรือครมำกว่ำปกติ เด็กอายุ 6-12 ปี (ถ่ำพบดั่งด่ง / อาการขึ้นไปถ่ำว่ำมำความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีทำที่หวำดกล่ว/วักก้งวฬ/หลิกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ พฤติกรรมเด็กกว่ำวัย เช่น กลับไปดูค่นัว บัสวาระดที่นอน/คิดผู้ใหญ่ ☐ เศร่ำ/ชอบอยู่คนเดียว/ไม่ร่ำเร้ง ☐ ส่นร่ำย/กริดรื่อง/หวำด่น/นอนละเมอกลำงคิ่น ☐ ถ่ำร่ำว่ำ/อละวำด ☐ การเรียนแย่งง เด็กอายุ 13-17 ปี (ถ่ำพบดั่งด่ง / อาการขึ้นไปถ่ำว่ำมำความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ วักก้งวฬ/หวำดกล่ว/หลิกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ กินไม่ได้/นอนไม่หลับ/ส่นร่ำย ☐ หงุดหงิด/จนเลี่ยงง่ำง/ถ่ำร่ำว่ำ/ทะเลำกับผู้อื่นบ่อข ☐ เสี่ยง/ไม่พูดผิดจำกปกติ ☐ สัมพ่นรภพที่ไม่ติดกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน ☐ การเรียนแย่งง สรุปผลการประเมินตามช่วงอายุ ☐ เสี่ยง ☐ ไม่เสี่ยง กรณัพบควมเสี่ยงในเด็กอายุ 8 ปีขึ้นไปให้ทำแบบประเมิน C3 (CRIES-8) กรณัพบควมเสี่ยงในเด็กอายุ 11 ปีขึ้นไปให้ทำแบบประเมิน C4 (PHQ-A)
---	---

ระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ – 3 เดือน) (ต่อ)

B3 แบบประเมิน CRIES-8 โปรดอ่านและเลือกคำตอบ ในแต่ละข้อนั้นตรงกับข้อเท็จจริง ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา โดย หากไม่ได้มีอาการเหล่านั้น ในช่วง 7 วันที่ให้เลือกข้อ "ไม่เลย"	ไม่เลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย ๆ
1. นึกถึงเหตุการณ์นั้นขึ้นมาโดยไม่ตั้งใจ	0	1	3	5
2. พยายามลืมเหตุการณ์นั้น	0	1	3	5
3. ยังรู้สึกกลัวเหตุการณ์นั้นขึ้นมาเป็นพัก ๆ	0	1	3	5
4. พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น (เช่น ไม่เข้า ใกล้สถานที่เกิดเหตุ)	0	1	3	5
5. พยายามไม่พูดถึงเหตุการณ์นั้น	0	1	3	5
6. มีภาพเหตุการณ์นั้นผุดขึ้นในใจ	0	1	3	5
7. มีบางสิ่งที่ทำให้ยังคิดถึงเหตุการณ์นั้น	0	1	3	5
8. พยายามที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์นั้น	0	1	3	5

B4 แบบประเมิน PHQ-A ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี อาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน?	ไม่เลย	มีบ้าง	มี > 7 วัน	มีแทบทุกวัน
1. รู้สึกซึมเศร้า หดหู่ หดใจ หรือสิ้นหวัง	0	1	2	3
2. เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่าง ๆ	0	1	2	3
3. นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป	0	1	2	3
4. ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือน้ำหนักมากกว่าปกติ	0	1	2	3
5. รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง	0	1	2	3
6. รู้สึกแย่กับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเอง หรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. จดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือ หรือ ดูโทรทัศน์	0	1	2	3
8. พุดหรือทำอะไรช้าลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระตือรือร้นหรือกระวนกระวาย จนต้องเคลื่อนไหวไปมากกว่าปกติ?	0	1	2	3
9. คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใด วิธีหนึ่ง	0	1	2	3

B5 สรุปผลการประเมิน (ควรส่งพบแพทย์เมื่อพบความเสี่ยงสูงอย่างน้อย 1 เครื่องมือ)
 Symptoms checklist ☐ เสี่ยงต่ำ (ไม่มีอาการ) ☐ เสี่ยงปานกลาง (≥ 1 อาการ)
 CRIES-8 ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เสี่ยงต่ำ (< 17) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 17)
 PHQ-A ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เสี่ยงต่ำ (< 5) ☐ เสี่ยงปานกลาง (5-14) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 15)
 จำตัวตาย (PHQ-A ข้อ 9) ☐ เสี่ยงต่ำ (0) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 1)
สรุป ☐ ติดตามต่อ (พบความเสี่ยงปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 1 เครื่องมือ)
☐ ไม่ต้องติดตามต่อ

B6 การให้ความช่วยเหลือ
 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ PFA ☐ Crisis counselling
☐ อื่น ๆ ระบุ.....
☐ ส่งต่อเพื่อ.....

**B7 ผลกระทบทางสังคมและความ
ต้องการความช่วยเหลือ**
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
☐ ส่งต่อแหล่งช่วยเหลือ ระบุ.....

B8 สำหรับแพทย์
 อาการสำคัญ.....
 การวินิจฉัยโรค.....
 การรักษา.....
 สถานที่ส่งต่อผู้ป่วย.....
 สาเหตุของการส่งต่อ.....
 แพทย์ผู้วินิจฉัย.....หน่วยงาน.....
 ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

ระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป) (ต่อ)

C3 แบบประเมิน CRIES-8 โปรดอ่านและเลือกคำตอบ ในแต่ละข้อนั้นตรงกับข้อเท็จจริง ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา โดย หากไม่ได้มีอาการเหล่านั้น ในช่วง 7 วันที่ให้เลือกข้อ "ไม่เลย"	ไม่เลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย ๆ
1. นึกถึงเหตุการณ์นั้นขึ้นมาโดยไม่ตั้งใจ	0	1	3	5
2. พยายามลืมเหตุการณ์นั้น	0	1	3	5
3. ยังรู้สึกกลัวเหตุการณ์นั้นขึ้นมาเป็นพัก ๆ	0	1	3	5
4. พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น (เช่น ไม่เข้า ใกล้สถานที่เกิดเหตุ)	0	1	3	5
5. พยายามไม่พูดถึงเหตุการณ์นั้น	0	1	3	5
6. มีภาพเหตุการณ์นั้นผุดขึ้นในใจ	0	1	3	5
7. มีบางสิ่งที่ทำให้ยังคิดถึงเหตุการณ์นั้น	0	1	3	5
8. พยายามที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์นั้น	0	1	3	5

C4 แบบประเมิน PHQ-A ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี อาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน?	ไม่เลย	มีบ้าง	มี > 7 วัน	มีแทบทุกวัน
1. รู้สึกซึมเศร้า หดหู่ หดใจ หรือสิ้นหวัง	0	1	2	3
2. เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่าง ๆ	0	1	2	3
3. นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป	0	1	2	3
4. ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือน้ำหนักมากกว่าปกติ	0	1	2	3
5. รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง	0	1	2	3
6. รู้สึกแย่กับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเอง หรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. จดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือ หรือ ดูโทรทัศน์	0	1	2	3
8. พุดหรือทำอะไรช้าลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระตือรือร้นหรือกระวนกระวาย จนต้องเคลื่อนไหวไปมากกว่าปกติ?	0	1	2	3
9. คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใด วิธีหนึ่ง	0	1	2	3

C5 สรุปผลการประเมิน
 Symptoms checklist ☐ เสี่ยงต่ำ (ไม่มีอาการ) ☐ เสี่ยงปานกลาง (≥ 1 อาการ)
 CRIES-8 ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เสี่ยงต่ำ (< 17) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 17)
 PHQ-A ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เสี่ยงต่ำ (< 5) ☐ เสี่ยงปานกลาง (5-14) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 15)
 จำตัวตาย (PHQ-A ข้อ 9) ☐ เสี่ยงต่ำ (0) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 1)
สรุป ☐ พบแพทย์ (พบความเสี่ยงปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 1 เครื่องมือ)
☐ ไม่ต้องส่งพบแพทย์

C6 การให้ความช่วยเหลือ
 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ PFA ☐ Crisis counselling
☐ อื่น ๆ ระบุ.....
☐ ส่งต่อเพื่อ.....

**C7 ผลกระทบทางสังคมและความ
ต้องการความช่วยเหลือ**
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
☐ ส่งต่อแหล่งช่วยเหลือ ระบุ.....

C8 สำหรับแพทย์
 อาการสำคัญ.....
 การวินิจฉัยโรค.....
 การรักษา.....
 สถานที่ส่งต่อผู้ป่วย.....
 สาเหตุของการส่งต่อ.....
 แพทย์ผู้วินิจฉัย.....หน่วยงาน.....
 ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

เวชระเบียนสำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ อายุ 18 ปีขึ้นไป

คำแนะนำ: จิตเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง ☐ ที่ตรงกับคำตอบ/เขียนคำตอบลงในช่องว่าง

ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (หลังเกิดเหตุ - 2 สัปดาห์) ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....วันที่ประเมิน...../...../.....

A1 ลักษณะของภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ

- ☐ ภัยธรรมชาติ ระบุ.....
☐ ภัยนิเวศมนุษย์ 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. เจ้าหน้าที่ผู้ให้การช่วยเหลือ ☐ 7. รับรู้เหตุการณ์

A15 ให้ระบุสาเหตุ หากไม่สามารถประเมินในขณะนี้ได้

- ☐ คาย ☐ ย้ายถิ่นไปที่..... ☐ ส่งต่อไปที่.....
☐ ปฏิเสธการช่วยเหลือ ☐ อื่น ๆ.....

A16 ผู้ประสบภัยพิบัติกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่องในระหว่างที่ได้รับผลกระทบได้แก่ผู้ที่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 กลุ่ม) ☐ ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง

- ☐ 1. ผู้บาดเจ็บ ☐ 2. ญาติผู้เสียชีวิต ☐ 3. ผู้พิการ ☐ 4. ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง
☐ 5. ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ☐ 6. ผู้มีประวัติการรักษาทาจิตเวช
☐ 7. ผู้ที่มีความเครียด กังวล หือแค้น สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์
☐ 8. ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในช่วง 2 สัปดาห์ (ส่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ทันที)

A17 การให้ความช่วยเหลือในขณะนี้ ☐ PFA ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ - 3 เดือน) วันที่ประเมิน...../...../.....

B1 ให้ระบุสาเหตุ หากไม่สามารถติดตามกลุ่มเสี่ยงในขณะนี้ได้

- ☐ คาย ☐ ย้ายถิ่นไปที่..... ☐ ส่งต่อไปที่.....
☐ ปฏิเสธการช่วยเหลือ ☐ อื่น ๆ.....

ระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป) วันที่ประเมิน...../...../.....

C1 ให้ระบุสาเหตุ หากไม่สามารถติดตามกลุ่มเสี่ยงในขณะนี้ได้

- ☐ คาย ☐ ย้ายถิ่นไปที่..... ☐ ส่งต่อไปที่.....
☐ ปฏิเสธการช่วยเหลือ ☐ อื่น ๆ.....

B2 ขอให้เลือกระดับความเครียดของคุณในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา



C2 ขอให้เลือกระดับความเครียดของคุณในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา



B3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)

1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรือหงุดหงิดหรือไม่
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมนานนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

หากตอบ มีอย่างน้อย 1 ข้อ ให้ประเมินด้วย แบบคัดกรอง 9Q

หากตอบ ไม่มี ทั้ง 2 ข้อ ให้ประเมินด้วยแบบคัดกรอง 9Q "เฉพาะข้อ 9"

แล้วข้ามไปประเมิน B5 (แบบคัดกรอง 2P)

C3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)

1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรือหงุดหงิดหรือไม่
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมนานนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

หากตอบ มีอย่างน้อย 1 ข้อ ให้ประเมินด้วย แบบคัดกรอง 9Q

หากตอบ ไม่มี ทั้ง 2 ข้อ ให้ประเมินด้วย แบบคัดกรอง 9Q "เฉพาะข้อ 9"

แล้วข้ามไปประเมิน C5 (แบบคัดกรอง 2P)

B4 แบบคัดกรอง 9Q ในช่วง 2 สัปดาห์รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน

	ไม่มีเลย	เล็กน้อย(1-7 วัน)	ปานกลาง(8-14 วัน)	เป็นประจำ
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หือแค้น	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. รู้สึกไม่คิดกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวย่ำแย่	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พยายามทำอะไรสักอย่างจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
*9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

C4 แบบคัดกรอง 9Q ในช่วง 2 สัปดาห์รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน

	ไม่มีเลย	เล็กน้อย(1-7 วัน)	ปานกลาง(8-14 วัน)	เป็นประจำ
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หือแค้น	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. รู้สึกไม่คิดกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวย่ำแย่	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พยายามทำอะไรสักอย่างจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย 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 (ถ้าตอบไม่ใช่อะไรข้อใดข้อหนึ่งให้ข้ามไปข้อ B7)		ใช่	ไม่		C5 แบบคัดกรอง 2P (ถ้าตอบไม่ใช่อะไรข้อใดข้อหนึ่งให้ข้ามไปข้อ C7)		ใช่	ไม่			
1. ในปัจจุบัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดอาการ เช่น พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้คิดถึงเหตุการณ์ รู้สึกตื่นตัวระแวงระวังตลอดเวลา หรือหวนระลึกถึงหรือฝันถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หรือไม่				ข้ามไป ข้อ B7	1. ในปัจจุบัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดอาการ เช่น พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้คิดถึงเหตุการณ์ รู้สึกตื่นตัวระแวงระวังตลอดเวลา หรือหวนระลึกถึงหรือฝันถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หรือไม่				ข้ามไป ข้อ C7		
2. ในปัจจุบัน อาการที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การดูแลตัวเอง การทำงาน หรือความสัมพันธ์กับคนอื่นหรือไม่				ข้ามไป ข้อ B7	2. ในปัจจุบัน อาการที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การดูแลตัวเอง การทำงาน หรือความสัมพันธ์กับคนอื่นหรือไม่				ข้ามไป ข้อ C7		
หากตอบ ใช่ ทั้ง 2 ข้อ ให้ประเมินด้วย แบบประเมิน PISCES-10					หากตอบ ใช่ ทั้ง 2 ข้อ ให้ประเมินด้วย แบบประเมิน PISCES-10						
B6 แบบประเมิน PISCES-10 จากอาการต่อไปนี้ กรุณาวางกลมหมายเลขคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบันของท่านมากที่สุด		ไม่มีการ	อาการเล็กน้อย	มีอาการมาก	มีอาการรุนแรง	C6 แบบประเมิน PISCES-10 จากอาการต่อไปนี้ กรุณาวางกลมหมายเลขคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบันของท่านมากที่สุด		ไม่มีการ	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. วิดกกังวล คิดวนเวียนซ้ำ ๆ เรื่องเดิม		0	1	2	3	5. วิดกกังวล 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. เมื่อล้า ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย		0	1	2	3	9. เมื่อล้า ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย		0	1	2	3
10. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง		0	1	2	3	10. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง		0	1	2	3
B7 สรุปผลการประเมิน (ควรส่งพบแพทย์เมื่อพบความเสี่ยงสูงอย่างน้อย 1 เครื่องมือ) ระดับความเครียด ☐ ต่ำ (<4) ☐ ปานกลาง (≥4) 9Q ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ ต่ำ (<7) ☐ ปานกลาง (7-18) ☐ สูง (≥19) ฆ่าตัวตาย (9Q ข้อ 9) ☐ ต่ำ (0) ☐ สูง (≥1) PISCES-10 ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ ต่ำ (<9) ☐ ปานกลาง (9-18) ☐ สูง (≥19) สรุป ☐ ติดตามต่อ (พบความเสี่ยงปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 1 เครื่องมือ) ☐ ไม่ต้องติดตามต่อ					C7 สรุปผลการประเมิน ระดับความเครียด ☐ ต่ำ (<4) ☐ ปานกลาง (≥4) 9Q ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ ต่ำ (<7) ☐ ปานกลาง (7-18) ☐ สูง (≥19) ฆ่าตัวตาย (9Q ข้อ 9) ☐ ต่ำ (0) ☐ สูง (≥1) PISCES-10 ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ ต่ำ (<9) ☐ ปานกลาง (9-18) ☐ สูง (≥19) สรุป ☐ พบแพทย์ (พบความเสี่ยงปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 1 เครื่องมือ) ☐ ไม่ต้องส่งพบแพทย์						
B8 การให้ความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ PFA ☐ Crisis counselling ☐ อื่นๆ ระบุ..... ☐ ส่งต่อเพื่อ.....		B9 ผลกระทบทางสังคมและความต้องการความช่วยเหลือ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ส่งต่อแหล่งช่วยเหลือ ระบุ.....			C8 การให้ความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ PFA ☐ Crisis counselling ☐ อื่นๆ ระบุ..... ☐ ส่งต่อเพื่อ.....		C9 ผลกระทบทางสังคมและความต้องการความช่วยเหลือ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ส่งต่อแหล่งช่วยเหลือ ระบุ.....				
B10 สำหรับแพทย์ อาการสำคัญ..... การวินิจฉัยโรค..... การรักษา..... สถานที่ส่งต่อผู้ป่วย.....สาเหตุของการส่งต่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย.....หน่วยงาน.....					C10 สำหรับแพทย์ อาการสำคัญ..... การวินิจฉัยโรค..... การรักษา..... สถานที่ส่งต่อผู้ป่วย.....สาเหตุของการส่งต่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย.....หน่วยงาน.....						
ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....					ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....						