

แบบบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือผู้ที่ถูกระทำรุนแรงและผู้ที่ตั้งครรภไม่พึงประสงค์ที่เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้  
หน่วยงานให้บริการ.....รหัสสถานบริการ.....

การขอรับบริการ ☐ ๑. ความรุนแรง ☐ ๒. ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)  - 

หน่วยตรวจพบ ☐ OSCC ☐ IPD ☐ OPD ☐ ER ☐ ANC ☐ คลินิกเป็นมิตรกับวัยรุ่น ☐ อื่นๆ ระบุ.....

วัน/เดือน/ปีที่มาโรงพยาบาล...../...../..... เวลา.....น.      วัน/เดือน/ปีที่เกิดเหตุ ...../...../..... เวลา.....น.

## สิทธิด้านการรักษา

สิทธิติดตัว		สิทธิใช้บริการครั้งนี้	
<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว
<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพเอกชน	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพเอกชน	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	

## ๑. ข้อมูลผู้รับบริการ

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ กรณีบัตรอื่นๆ ชื่อบัตร.....หมายเลข.....

ชื่อ - สกุล ..... วันเดือนปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี.....เดือน.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ เพศทางเลือก สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส (จดทะเบียน) ☐ สมรส (ไม่จดทะเบียน) ☐ หย่า ☐ หม้าย

สัญชาติ ☐ ไทย ☐ เมียนมา ☐ ลาว ☐ กัมพูชา ☐ มาเลเซีย ☐ เวียดนาม ☐ ใต้หวัน ☐ อื่นๆโปรดระบุ.....

ศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม ☐ คริสต์ ☐ อื่นๆ ☐ โปรดยกเว้น.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ .....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน .....

ภูมิสำเนาในต่างประเทศ (เฉพาะชาวต่างชาติ).....

## สถานภาพการศึกษาและการทำงาน

<input type="checkbox"/> ก่อนวัยเรียน	
<input type="checkbox"/> กำลังศึกษา	<input type="checkbox"/> อนุบาล <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวะ/ปวช. <input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> การฝึกอาชีพ(เสริมสวย,ช่างซ่อม) <input type="checkbox"/> การศึกษานอกโรงเรียน ระดับการศึกษา ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่แจ้ง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> การศึกษาสูงสุด	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวะ/ปวช. <input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ไม่แจ้ง <input type="checkbox"/> การศึกษานอกโรงเรียน ระบุระดับการศึกษา.....
<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	<b>สาเหตุของการไม่ได้ศึกษา</b> <input type="checkbox"/> ไม่เคยเรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> พักการเรียน <input type="checkbox"/> ออกจากการศึกษากลางคัน เนื่องจาก (โปรดระบุ)..... <input type="checkbox"/> ทำงาน (โปรดระบุ)..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....
<input type="checkbox"/> อาชีพ รายได้ .....บาท/เดือน	<input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> ค้าขาย <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> แม่บ้าน <input type="checkbox"/> ว่างาน <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน <input type="checkbox"/> ไม่แจ้ง <input type="checkbox"/> รับจ้าง ระบุ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

ผู้นำส่ง ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

สถานที่เกิดเหตุ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....จังหวัด .....

ประเภทสถานที่เกิดเหตุ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ บ้านผู้รับบริการ      ☐ บ้านผู้กระทำ      ☐ บ้านคนอื่น ระบุ.....      ☐ หอพัก      ☐ สวนสาธารณะ

☐ สนามกีฬา ☐ ในป่า/ที่เปลี่ยว/บ้านร้าง ☐ ถนน/ทางหลวง ☐ ห้างสรรพสินค้า ☐ สถานที่ทำงาน

☐ สถานที่เรียน/โรงเรียน    ☐ สถานที่เลี้ยงเด็ก    ☐ สถานบ้านเทิง    ☐ โรงแรม    ☐ นาไร่/สวน

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติครอบครัว .....

สภาพปัญหาที่พบ .....

การประเมินสภาพปัญหาและการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น.....

การตรวจประเมินทางสังคม ตามบัญชีปัญหาทางสังคม(Social problem list).....

การช่วยเหลือ .....

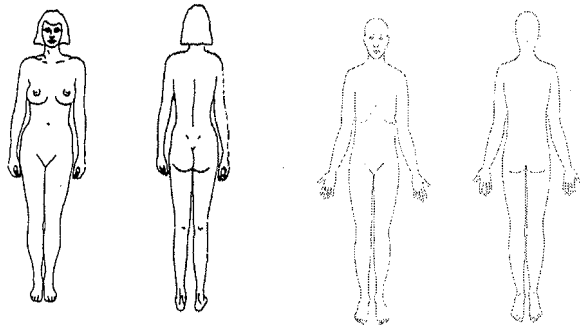
การติดตามเยี่ยมบ้าน .....

**แผนที่เยี่ยมบ้าน**

ผู้บันทึก(ตัวบรรจง).....วันเดือนปี...../...../.....

### Medical record

**การตรวจร่างกาย**



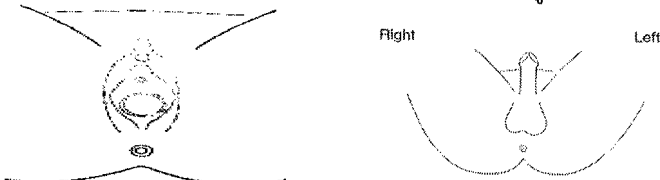
น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง ..... ซม. ประวัติ LMP .....

การตรวจร่างกาย.....

.....

.....

**การตรวจทางเพศ (การตรวจภายใน คดีทางเพศให้บันทึกโรคปวยวะเพศ)**



Labia minora.....Introitus.....

Hymen ☐ myrtiform ☐ intact ☐ tear (old/new) .....o'clock

ตรวจภายใน(ถ้าใส่ speculum)Vagina ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

Cervix ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

Discharge ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

PV (ถ้าทำ) Uterus ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

**การรักษา** .....

ยาป้องกันการตั้งครรภ์.....

ยาป้องกันการติดเชื้อ.....

ยาป้องกันการติดเชื้อ HIV.....

**ความคิดเห็นของแพทย์**.....

.....

.....

.....

แพทย์ผู้ตรวจ .....วัน/เดือน/ปี ...../...../.....

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

Pregnancy test	<input type="checkbox"/> บวก	<input type="checkbox"/> ลบ	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ
Sperm	<input type="checkbox"/> บวก	<input type="checkbox"/> ลบ	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ
Acid phosphates	<input type="checkbox"/> บวก	<input type="checkbox"/> ลบ	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ
HIV Ab	<input type="checkbox"/> บวก	<input type="checkbox"/> ลบ	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ
Vag.SmearGram Strain	<input type="checkbox"/> บวก	<input type="checkbox"/> ลบ	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ
VDRL	<input type="checkbox"/> บวก	<input type="checkbox"/> ลบ	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ
HBV Ab,Ag	<input type="checkbox"/> บวก	<input type="checkbox"/> ลบ	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ
HCV Ab	<input type="checkbox"/> บวก	<input type="checkbox"/> ลบ	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ
อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> บวก	<input type="checkbox"/> ลบ	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ

บันทึกการติดตามผล .....

ผู้บันทึก(ตัวบรรจง) ..... วัน/เดือน/ปี ...../...../.....

## ๒. ข้อมูลด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : ๑. กรณีผู้ใหญ่ตอบเฉพาะข้อ ๒.๑

๒. กรณีเด็กตอบเฉพาะข้อ ๒.๒ – ๒.๕

<b>๒.๑ ข้อมูลด้านสุขภาพ (ตอบเฉพาะผู้ใหญ่)</b> <input type="checkbox"/> ปัญหาความพิการ <input type="checkbox"/> ปัญหาโรคเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ปัญหาทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	ข้อมูลด้านอนามัย เจริญพันธุ์
<b>๒.๒ ข้อมูลด้านสุขภาพ (ตอบเฉพาะเด็ก)</b> <input type="checkbox"/> ปัญหาความพิการ <input type="checkbox"/> ปัญหาพัฒนาการล่าช้า <input type="checkbox"/> ปัญหาโรคเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ได้รับการดูแลสุขภาพ (กรณีเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง) <input type="checkbox"/> การได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> สภาวะทางโภชนาการ <input type="checkbox"/> ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	
<b>๒.๓ ข้อมูลด้านสุขภาพของบิดามารดา/ผู้ดูแล (ตอบเฉพาะเด็ก)</b> <input type="checkbox"/> ปัญหาความพิการทางกาย <input type="checkbox"/> ปัญหาโรคเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ปัญหาทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ปัญหาทางเศรษฐกิจ/มีหนี้สิน <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านสุขภาพของบิดามารดา/ผู้ดูแล <input type="checkbox"/> ติดสุรา <input type="checkbox"/> การใช้จ่ายเสพติด <input type="checkbox"/> การใช้ความรุนแรงในครอบครัว	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	
<b>๒.๔ ปัจจัยเสี่ยงด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม (ตอบเฉพาะเด็ก)</b> <input type="checkbox"/> ในชุมชนหรือในครอบครัวมีการเล่นการพนัน/มีหนี้สิน <input type="checkbox"/> ในชุมชนหรือในครอบครัวมีการดื่มสุราและใช้สารเสพติด <input type="checkbox"/> ในชุมชนมีร้านเกม คาราโอเกะ ผับ บาร์ <input type="checkbox"/> เด็กหญิงนอนรวมในห้องเดียวกันกับญาติพี่น้องผู้ชาย <input type="checkbox"/> ในชุมชนหรือในครอบครัวมีพฤติกรรมทำสิ่งผิดกฎหมาย <input type="checkbox"/> ในชุมชนหรือในครอบครัวมีการใช้แรงงานเด็ก	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	
<b>๒.๕ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของเด็ก (ตอบเฉพาะเด็ก)</b> <input type="checkbox"/> เกเรหรือข่มเหงรังแกผู้อื่น <input type="checkbox"/> มั่วสุมก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น <input type="checkbox"/> เล่นการพนันหรือมั่วสุมในวงการเล่น <input type="checkbox"/> เสพสุรา สูบบุหรี่ เสพยาเสพติดให้โทษ หรือของมีนเมา <input type="checkbox"/> ชื้อหรือขายบริการทางเพศ <input type="checkbox"/> ประพฤติตนไปในทางซู้สาว หรือลามกอนาจาร <input type="checkbox"/> ต่อต้านหรือท้าทายคำสั่งสอนของผู้ปกครอง <input type="checkbox"/> ไม่เข้าเรียนในโรงเรียน หรือสถานศึกษา	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	

## ๓. ข้อมูลทางสังคม

๓.๑ สถานภาพครอบครัว (ตอบเฉพาะเด็ก)

<input type="checkbox"/> พ่อแม่อยู่ด้วยกัน	<input type="checkbox"/> พ่อแม่แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> พ่อแม่หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> พ่อ/แม่เสียชีวิต
<input type="checkbox"/> พ่อ/แม่มีครอบครัวใหม่	<input type="checkbox"/> พ่อแม่ไปทำงานที่อื่น	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	

๓.๒ ขณะนี้อาศัยอยู่กับใคร

- ☐ พ่อ ☐ แม่ ☐ พ่อแม่ ☐ พ่อเลี้ยง ☐ แม่เลี้ยง ☐ พ่อแม่บุญธรรม  
☐ ญาติ ☐ เพื่อน ☐ แฟน ☐ คู่สมรส ☐ คู่สมรสและบุตร ☐ บุตร  
☐ อยู่คนเดียว ☐ นายจ้าง ☐ อื่นๆระบุ.....

๔. ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรง

๔.๑ ประวัติการถูกกระทำความรุนแรง

ครั้งแรก (ระบุ วัน เดือน ปี).....

จำนวนครั้งของการถูกกระทำในรอบปีที่ผ่านมา ☐ ๑๐ ครั้งขึ้นไป ☐ น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง ระบุ.....ครั้ง

๔.๒ ความสัมพันธ์กับผู้ถูกกระทำ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ พ่อ ☐ แม่ ☐ พี่น้อง ☐ ญาติ  
☐ พ่อบุญธรรม ☐ แม่บุญธรรม ☐ พ่อเลี้ยง ☐ แม่เลี้ยง  
☐ ลูกสาว/ลูกชาย/ลูกเลี้ยง ☐ ผู้ดูแล/ผู้อุปการะ ☐ แฟน ☐ สามเษก/ภรรยา/คู่เพศทางเลือก  
☐ เพื่อน ☐ เพื่อนร่วมงาน ☐ เพื่อนบ้าน ☐ ครู  
☐ นายจ้าง ☐ ลูกจ้าง ☐ พระ/นักบวช ☐ คนไม่รู้จัก/คนแปลกหน้า  
☐ อื่นๆ ระบุ .....

๔.๓ มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้กระทำ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

๔.๔ จำนวนผู้กระทำ

- ☐ เพศชาย จำนวน.....คน  
☐ เพศหญิง จำนวน.....คน  
☐ เพศทางเลือก เพศสภาพชาย จำนวน.....คน  
 เพศสภาพหญิง จำนวน.....คน

๔.๕ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกระทำความรุนแรง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

ผู้กระทำ	ผู้ถูกกระทำ
<input type="checkbox"/> สิ่งกระตุ้น <input type="checkbox"/> สุรา <input type="checkbox"/> ยาบ้า/สารเสพติด <input type="checkbox"/> สื่อลามก	<input type="checkbox"/> สิ่งกระตุ้น <input type="checkbox"/> สุรา <input type="checkbox"/> ยาบ้า/สารเสพติด <input type="checkbox"/> สื่อลามก
<input type="checkbox"/> สัมพันธภาพในครอบครัว <input type="checkbox"/> นอกใจ/หึงหวง <input type="checkbox"/> ทะเลาะวิวาท <input type="checkbox"/> การใช้ความรุนแรงในครอบครัว	<input type="checkbox"/> สัมพันธภาพในครอบครัว <input type="checkbox"/> นอกใจ/หึงหวง <input type="checkbox"/> ทะเลาะวิวาท <input type="checkbox"/> การใช้ความรุนแรงในครอบครัว
<input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อม <input type="checkbox"/> พื้นที่เสี่ยง/เปลี่ยว <input type="checkbox"/> ใกล้ชิด/โอกาสเอื้ออำนวย	<input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อม <input type="checkbox"/> พื้นที่เสี่ยง/เปลี่ยว <input type="checkbox"/> ใกล้ชิด/โอกาสเอื้ออำนวย
<input type="checkbox"/> ปัญหาเศรษฐกิจ <input type="checkbox"/> ว่างาน <input type="checkbox"/> ยากจน <input type="checkbox"/> หนี้สิน <input type="checkbox"/> การพนัน	<input type="checkbox"/> ปัญหาเศรษฐกิจ <input type="checkbox"/> ว่างาน <input type="checkbox"/> ยากจน <input type="checkbox"/> หนี้สิน <input type="checkbox"/> การพนัน
<input type="checkbox"/> ปัญหาสุขภาพกาย <input type="checkbox"/> เจ็บป่วยเรื้อรัง <input type="checkbox"/> พิการ	<input type="checkbox"/> ปัญหาสุขภาพกาย <input type="checkbox"/> เจ็บป่วยเรื้อรัง <input type="checkbox"/> พิการ
<input type="checkbox"/> ปัญหาสุขภาพจิต <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ปัญหาทางพฤติกรรม <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านอารมณ์/จิตใจ	<input type="checkbox"/> ปัญหาสุขภาพจิต <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ปัญหาทางพฤติกรรม <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านอารมณ์/จิตใจ
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

#### ๔. ประเภทการกระทำรุนแรง

##### ๔.๑ ประเภทของการกระทำรุนแรงที่มาขอรับบริการ (ตอบได้ประเภทเดียว)

- ☐ ทางร่างกาย (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ ใช้กำลัง ☐ ใช้อาวุธ/สิ่งของ/อุปกรณ์/สารเคมี
- ☐ มอมยา/มอมสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ทางเพศ
- ☐ โดยสมัครใจ (ตอบเฉพาะเด็ก)
- ☐ เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี
- ☐ บุคคลอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปแต่ไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์
- ☐ โดยไม่สมัครใจ
- ☐ กระทำซ้ำเรา ☐ การให้เปิดเผยของสงวน ☐ การเปิดเผยของสงวนให้ดู
- ☐ กระทำอนาจาร ☐ กอดจูบลูบลำ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ให้แสดงหรือดูภาพ/วิดีโอลามก ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ทางจิตใจ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ กักขังหน่วงเหนี่ยว/จำกัดอิสรภาพ ☐ ปฏิเสธ ถูกเหยียดหยาม ทำให้ไม่มีคุณค่า
- ☐ ช่มชู้ทำให้หวาดกลัว ☐ การเฉยเมย ไม่สนใจ
- ☐ ทะเลาะ/ทำร้ายร่างกายกันต่อหน้าเด็ก ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ การละเลยทอดทิ้ง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ ละเลยในการจัดสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกาย/สุขภาพ
- ☐ ละเลยในการดูแลอารมณ์ความรู้สึกหรือขาดการให้ความสนใจอย่างพอเพียง
- ☐ การทิ้งไว้ในที่สาธารณะ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ล่อลวง/บังคับแสวงหาผลประโยชน์ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ ใช้แรงงานเด็ก
- ☐ ค้ำมนุษย์
- ☐ การค้าประเวณี ☐ การผลิตหรือเผยแพร่วัตถุหรือสื่อลามก
- ☐ การแสวงหาประโยชน์ทางเพศในรูปแบบอื่น ☐ การเอาคนมาเป็นทาส
- ☐ การนำคนมาขอตาน ☐ การบังคับใช้แรงงานหรือบริการ
- ☐ การบังคับด้วยวิธีอื่นเพื่อการค้า ☐ การขูดรีดบุคคลไม่ว่าบุคคลนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม

##### ๔.๒ ประเภทของการกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นร่วมกับประเภทในข้อ ๔.๑ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ทางร่างกาย
- ☐ ใช้กำลัง ☐ ใช้อาวุธ/สิ่งของ/อุปกรณ์
- ☐ สารเคมี/ความร้อน ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ทางเพศ
- ☐ โดยสมัครใจ
- ☐ โดยไม่สมัครใจ
- ☐ กระทำซ้ำเรา ☐ การให้เปิดเผยของสงวน ☐ การเปิดเผยของสงวนให้ดู
- ☐ กระทำอนาจาร ☐ กอดจูบลูบลำ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ให้แสดงหรือดูภาพ/วิดีโอลามก ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ทางจิตใจ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ กักขังหน่วงเหนี่ยว/จำกัดอิสรภาพ ☐ ปฏิเสธ ถูกเหยียดหยาม ทำให้ไม่มีคุณค่า
- ☐ ช่มชู้ทำให้หวาดกลัวทะเลาะ ☐ การเฉยเมย ไม่สนใจ
- ☐ ทะเลาะ/ทำร้ายร่างกายกันต่อหน้าเด็ก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ การละเลย/ทอดทิ้ง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ละเลยในการจัดสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกาย/สุขภาพ  
☐ ละเลยในการดูแลอารมณ์ความรู้สึกหรือขาดการให้ความสนใจอย่างพอเพียง  
☐ การทิ้งไว้ในที่สาธารณะ  
☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ล่อลวง/บังคับแสวงหาผลประโยชน์ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ใช้แรงงานเด็ก  
☐ ค้ำมนุษย์  
☐ การค้าประเวณี  
☐ การแสวงหาประโยชน์ทางเพศในรูปแบบอื่น  
☐ การนำคนมาขอราน  
☐ การบังคับด้วยวิธีอื่นเพื่อการค้า  
☐ การผลิตหรือเผยแพร่วัตถุหรือสื่อลามก  
☐ การเอาคนมาเป็นทาส  
☐ การบังคับใช้แรงงานหรือบริการ  
☐ การขูดรีดบุคคลไม่ว่าบุคคลนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม

**๕. บริการทางการแพทย์**

**การประเมินและการช่วยเหลือ**

หัวข้อ	ร่างกาย	จิตใจ	เพศ	สังคม
การประเมิน	<input type="checkbox"/> การตรวจลักษณะการบาดเจ็บกรณีถูกทำร้ายร่างกาย <input type="checkbox"/> การตรวจประเมินอายุ <input type="checkbox"/> การประเมินพัฒนาการ <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมินด้านจิตใจ <input type="checkbox"/> ประเมิน PTSD <input type="checkbox"/> Psycho test <input type="checkbox"/> IQ test <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> การตรวจทางเพศ <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> ประเมินครอบครัว <input type="checkbox"/> ประเมินปัญหาทางสังคม <input type="checkbox"/> ประเมินสมรรถนะและทักษะทางสังคม <input type="checkbox"/> ประเมินความเสี่ยงต่อการถูกกระทำซ้ำ <input type="checkbox"/> ประเมินความพร้อมกลับสู่สังคม <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
การช่วยเหลือ	<input type="checkbox"/> การดูแลการบาดเจ็บทางด้านร่างกายทั่วไป <input type="checkbox"/> การส่งพบแพทย์เฉพาะทาง <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> Counseling <input type="checkbox"/> Psycho Therapy <input type="checkbox"/> รักษาด้วยยา <input type="checkbox"/> Family Therapy <input type="checkbox"/> บำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> การได้รับยาป้องกันการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> การได้รับยาป้องกันไวรัสเอดส์ <input type="checkbox"/> การได้รับยาป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษาด้านสวัสดิการสังคม <input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย <input type="checkbox"/> Family counseling <input type="checkbox"/> Psycho – Social Support <input type="checkbox"/> Empowerment counseling <input type="checkbox"/> ประสานการประชุมทีมสหวิชาชีพ <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยม <input type="checkbox"/> ส่งเสริมการประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมทางด้านการศึกษา/จัดหาที่เรียน <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....

☐ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB)

☐ การช่วยเหลืออื่นๆ โปรดระบุ.....(เช่น ไปรับรองแพทย์)

**๖. ค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษาผู้ถูกกระทำรุนแรงครั้งนี้**

ค่ายาและวัสดุทางการแพทย์ทั้งหมด.....บาท

ค่าบริการที่เกิดขึ้นทั้งหมด.....บาท

**๗. ผลการรักษา**

- ☐ อยู่ระหว่างดำเนินการ  
☐ สิ้นสุดการบริการ  
☐ ให้บริการครบตามที่วางแผน  
☐ ปฏิเสธการรับบริการ  
☐ เสียชีวิต  
☐ ติดตามไม่ได้  
☐ ส่งต่อไปรักษาที่หน่วยงานอื่นๆ ระบุ.....

**๘. ข้อมูลด้านกฎหมาย**

☐ ไม่ได้แจ้งความ ☐ แจ้งความ วันที่แจ้งความ.....เวลา.....เลขคดี.....  
 สถานีตำรวจ.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ร้อยเวร ชื่อ.....

๑. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

๑.๑ ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี  
๑.๓ จำนวนครั้งที่เคยแท้งบุตร.....ครั้ง  
๑.๕ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....

๑.๒ จำนวนบุตรคลอดมีชีวิต..... คน

๑.๔ อายุครรภ์ปัจจุบัน.....สัปดาห์

๒. สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

☐ ปัญหาจากการคุมกำเนิด

☐ ไม่ได้คุมกำเนิด

☐ คุมกำเนิด

☐ ยาเม็ดคุมกำเนิด

☐ ยาฝังคุมกำเนิด

☐ ใส่ห่วงอนามัย

☐ หลั่งข้างนอก

☐ ยาฉีดคุมกำเนิด

☐ ถุงยางอนามัย

☐ ทำหมัน

☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ปัญหาการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการกระทำความผิดทางกฎหมาย

☐ กระทำชำเราเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

☐ กระทำชำเราบุคคลอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปแต่ไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์

☐ กระทำชำเราบุคคลอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป

☐ อื่นๆ ระบุ.....

๓. ปัจจัยประกอบการยุติการตั้งครรภ์ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ปัญหาสุขภาพกาย

☐ การตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตมารดา

☐ โรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายต่อแม่และเด็ก

☐ ปัญหาสุขภาพจิต

☐ มารดามีความเครียดจากการตั้งครรภ์ทารกที่มีความผิดปกติหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค

☐ มารดามีความผิดปกติทางจิตหรือสติปัญญา

☐ ปัญหาครอบครัว/สังคม/เศรษฐกิจ

☐ ฝ่ายชายไม่รับผิดชอบ

☐ มีประวัติหรือมีความรุนแรงเกิดขึ้นในครอบครัว

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

☐ อาชีพไม่เหมาะกับการเลี้ยงดูเด็ก

☐ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจต่อการเลี้ยงดูบุตร

☐ ครอบครัวไม่ยอมรับ

☐ ปัญหาด้านการเลี้ยงดูบุตร

☐ เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน

☐ ไม่สามารถเปิดเผยการตั้งครรภ์ต่อสังคมได้

☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ปัญหาอื่นๆ ระบุ.....

๔. การให้การปรึกษาทางเลือก

☐ ให้

☐ ไม่ให้

๕. ผลการตัดสินใจของผู้รับบริการหลังให้การปรึกษาทางเลือก

ตั้งครรภ์ต่อ ฝากครรภ์ ระบุสถานที่.....	การช่วยเหลือ/สนับสนุน <input type="checkbox"/> ไม่มีการช่วยเหลือ/สนับสนุน <input type="checkbox"/> ต้องการการช่วยเหลือ/สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> ต้องการบ้านพักระหว่างการตั้งครรภ์/คลอด/หลังคลอด <input type="checkbox"/> ต้องการยกบุตรให้ผู้อื่นอุปการะ <input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ต้องการฝากบุตรไว้ชั่วคราวหลังคลอด <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมหลังคลอด <input type="checkbox"/> คุมกำเนิดหลังคลอด
---	--

<b>ยุติการตั้งครรภ์</b> <input type="checkbox"/> ยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ส่งต่อ/แนะนำเครือข่ายยุติการตั้งครรภ์	<b>การช่วยเหลือ/สนับสนุน</b> <input type="checkbox"/> ไม่มีการช่วยเหลือ/สนับสนุน <input type="checkbox"/> ต้องการการช่วยเหลือ/สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> ให้การสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการยุติการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำในการคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมหลังคลอด <input type="checkbox"/> คุมกำเนิดหลังคลอด
---	---

**๖. ค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษาผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ครั้งนี้**

ค่ายาและวัสดุทางการแพทย์ทั้งหมด.....บาท

ค่าบริการที่เกิดขึ้นทั้งหมด.....บาท

**๗. ผลการรักษา**

- ☐ อยู่ระหว่างดำเนินการ
- ☐ สิ้นสุดการบริการ
  - ☐ ให้บริการครบตามที่วางแผน
  - ☐ ปฏิเสธการรับบริการ
  - ☐ เสียชีวิต
  - ☐ ติดตามไม่ได้
  - ☐ ส่งต่อไปรักษายังหน่วยงานอื่นๆ ระบุ.....

**๘. ข้อมูลด้านกฎหมาย**

☐ ไม่ได้แจ้งความ      ☐ แจ้งความ      วันที่แจ้งความ.....เวลา.....เลขคดี.....  
 สถานีตำรวจ.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ร้อยเวร ชื่อ.....