

แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ชื่อสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่คนไข้ทั่วไป (Hospital number).....

รับตัวไว้ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

หน่วยงานนำส่ง.....

แหล่งที่มาของข้อมูล

(๑)

(๒)

(๓)

ประวัติความเจ็บป่วย

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

การตรวจสภาพจิตและการดำเนินโรค

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

ผลการทดสอบทางจิตวิทยา (ถ้ามี)

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

การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต.....

การตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

๑. ความสามารถในการรับรู้กาล เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งต่างๆ รอบตัว

- มีความสามารถ ไม่มีความสามารถ

๒. ความเข้าใจตระหนักรู้เรื่องราวของข้อกล่าวหา ความสามารถในการเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงที่ถูกกล่าวหาและความสามารถในการพูดคุยและตอบคำถามได้ตรงคำถาม

- มีความเข้าใจ ไม่มีความเข้าใจ

๓. ความสามารถในการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากคดี

- มีความสามารถ ไม่มีความสามารถ

๔. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง

- มีความสามารถ ไม่มีความสามารถ

ผลการประเมิน

- สามารถต่อสู้คดีได้ ยังไม่สามารถต่อสู้คดี

ความเห็นอื่น ๆ (ถ้ามี)

.....
.....

ลงนาม

()

จิตแพทย์เจ้าของไข้



หมายเหตุ

(๑) การรายงานตาม**มาตรา ๓๕** แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้รายงาน**ภายในสี่สิบห้าวัน**นับแต่วันที่รับผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้ และขยายเวลาได้อีกไม่เกินสี่สิบห้าวัน

(๒) การรายงานตาม**มาตรา ๓๖** แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้รายงาน**ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวัน** นับแต่วันที่รับผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้หรือ**ทุกหนึ่งร้อยแปดสิบวัน**หรือให้รายงานโดยไม่ชักช้า