

Registro IS

Nombre y Apellido _____ Edad _____

Sexo F M Fecha de nacimiento _____ DNI: _____

Email: _____ Dirección _____

Tel. particular: _____ Tel. celular _____ Localidad: _____

Establecimiento _____ HC n° _____

Escolaridad: _____

Llega acompañado/a: Sí No ¿Por quien? _____

Nombre y Apellido acompañante: _____

Edad: _____ Tel.: _____

Grupo conviviente: _____

MARCO GENERAL DE LA ATENCION

Comunicación a la autoridad
administrativa de protección
de derechos

Si ☐ No ☐

¿Por qué ?

Notificación
de confidencialidad

Si ☐ No ☐

¿Por qué ?

¿El paciente ha podido
brindar su
consentimiento?

Si ☐ No ☐

¿Por qué ?

¿Dónde fue detectado el intento de suicidio?

¿Quién lo comunicó en la consulta?

Paciente ☐ Otro: _____

Identique en el entorno acompañante, la presencia de algún referente vincular

Nombre y Apellido: Vínculo: Datos de contacto:

EVALUACION DE LOS SINTOMAS FISICOS:**Examen Físico:
Signos Vitales**

FC _____

FR _____

TA _____

T°C _____

Escala de Glasgow _____

Examen físico completo

Consignar lesiones físicas no observables a primera vista (tener en cuenta cicatrices u otras lesiones, secuelas). Sí ☐ No ☐ ¿Cuáles?

Signos de abuso sexual y/o maltrato. Sí ☐ No ☐ ¿Cuáles?

Signos físicos de ingestión de alcohol o drogas de abuso y otras sustancias tóxicas. Sí ☐ No ☐ ¿Cuáles?

Embarazo (test rápido):

Test rápido de embarazo: Positivo ☐ Negativo ☐ No se hizo ☐ No corresponde ☐

EVALUACION DE LAS FUNCIONES PSIQUICAS AL MOMENTO DE LA CONSULTA (VER EXAMEN COMPLETO EN GUIA DE RECOMENDACIONES PARA LA ATENCION DEL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES)
**Estado de
Consciencia**Vigil ☐Obnubilado
o confuso ☐Inconsciente ☐Hipervigilante ☐**Estado motriz**Hiperactividad
motriz ☐Impulsividad ☐Excitación ☐Inhibición ☐Catatonia ☐**Pensamiento:
Contenido**Ideación coherente ☐Delirante ☐Grandeza ☐Persecución ☐Místico ☐Pueril ☐Obsesiones ☐Ideas de
desesperanza
y muerte ☐**Alteraciones de la
senso percepción:
alucinaciones**Visuales ☐Olfativas ☐Auditivas ☐Cenestésicas ☐

EVALUACION DE RIESGO

Letalidad del método	Planificación del acto	Circunstancias en la que se concretó el plan	Grado de impulsividad
Alta <input type="checkbox"/> Moderada/Baja <input type="checkbox"/>	Plan minucioso <input type="checkbox"/> Sin Planificación <input type="checkbox"/>	Circunstancias que hacen difícil la interrupción del acto <input type="checkbox"/> Circunstancias que hacen probable la interrupción del acto <input type="checkbox"/>	Acto conducido a aliviar tensiones psíquicas <input type="checkbox"/> Acto llevado a cabo con posibilidad de reflexión <input type="checkbox"/>
Actitud y afecto posterior al intento	Acción auto lesiva repetida	Presencia de trastorno mental previo	Existencia de patología orgánica grave, crónica y/o terminal
No maniesta alivio ni arrepentimiento por haber fallado <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Se deja ayudar <input type="checkbox"/>	Intentos Previo NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Cuantos?	Depresión <input type="checkbox"/> Manía <input type="checkbox"/> Hipomanía <input type="checkbox"/> Impulsividad <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Ddt <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Patología Oncológica <input type="checkbox"/> Enfermedades neurodegenerativas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Existencia de un evento estresante desencadenante del acto o ideación auto lesiva	Contexto socio familiar	Consignar a quién se entrevistó	
Abuso sexual y/o maltrato <input type="checkbox"/> Conflicto con pares/ rupturas sentimentales <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Red de sostén <input type="checkbox"/> Ausencia de red de sostén <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Adolescente <input type="checkbox"/> Adulto referente y/o núcleo familiar acompañante <input type="checkbox"/> Otros referentes/ pares presentes (novia/o, amiga/o, vecino, maestro, etc.) <input type="checkbox"/>	

*Letalidad del método ALTA: ahorcamiento; armas de fuego; arroyamiento (automóviles, tren); lanzamiento de altura; intoxicación con gas; electrocución; intoxicación por elementos altamente tóxicos (aún en pequeña cantidad); intoxicación por elementos de baja toxicidad pero cuya letalidad esta dada por la cantidad y/o modalidad de ingestión; heridas cortantes.

*Letalidad del método MODERADA y BAJA: ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y en pequeña cantidad; cortes leves, escasos y superficiales; otra conducta de autoagresión que no hubiere ocasionado daños severo.

ESTRATEGIA INMEDIATA

Consignar Tratamiento instaurado	Plan de seguimiento	Derivación asistida
Internación en guardia o sala de hospital polivalente para observación. <input type="checkbox"/>	Observaciones	Fecha _____
Tratamiento ambulatorio y continuación del seguimiento por Salud Mental. <input type="checkbox"/>		Hora del turno _____
Fallecimiento <input type="checkbox"/>		Firma y aclaración del profesional
Observaciones		

De ser necesario agregar más información, adjunte una hoja con el rótulo "Observaciones" con la firma y aclaración del profesional