

**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 Catatonía
Pensamiento: Contenido
Ideación coherente Delirante Grandeza Persecución Místico Pueril Obsesiones Ideas de desesperanza y muerte
Alteraciones de la sensopercepción: alucinaciones
Visuales Olfativas Auditivas Cenestésicas

EVALUACION DE RIESGO

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

*Letalidad del método ALTA: ahorcamiento; armas de fuego; arrojamiento (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

Internación en guardia o sala de hospital polivalente para observación.

Tratamiento ambulatorio y continuación del seguimiento por Salud Mental.

Fallecimiento

Observaciones

Plan de seguimiento

Observaciones

Derivación asistida

Fecha

Hora del turno

Firma y aclaración del profesional

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