



G CONSELLERIA
O EDUCACIÓ
I I FORMACIÓ
B PROFESSIONAL
/ DIRECCIÓ GENERAL
PRIMERA INFÀNCIA,
INNOVACIÓ I COMUNITAT
EDUCATIVA

CONSELLERIA
SALUT I CONSUM

Informe de derivación por riesgo autolítico

Datos personales			
Primer apellido		Segundo apellido	
Nombre		Fecha de nacimiento	Edad
Domicilio			
Localidad		Código postal	
Municipio		Teléfonos	
Nombre de la madre, del padre o del tutor o tutora			

Origen			
Sistema	Educación	Descripción	Demanda de intervención
Centro educativo			
Remitente	Servicio de Orientación	Teléfono	
Correo electrónico		Horario de contacto	

Destino			
Sistema sanitario	<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Atención primaria	<input type="checkbox"/> Salud mental
Motivo de la demanda	Riesgo autolítico		
Pruebas realizadas	Pauta para la evaluación y el abordaje del riesgo suicida (adjunta)		
Observaciones			Fecha
			Firma



GOIB

Devolución	
Atendido por	
Categoría profesional	
Correo electrónico	
Actuaciones realizadas	
Informe	Fecha
	Firma

Pauta para la evaluación y el abordaje del riesgo suicida

Formule las preguntas 1 y 2 referidas al último mes		
1) ¿Has deseado estar muerto/muerta o dormirte y no volver a despertarte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2) ¿Has pensado realmente en quitarte la vida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta a la pregunta 2 es «sí», formule las preguntas 3, 4, 5 y 6 Si la respuesta es «no», pase directamente a la pregunta 6		
3) ¿Has pensado en cómo podrías hacerlo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4) ¿Has tenido estos pensamientos pero, además de pensarlo, creías que lo harías?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5) ¿Tienes alguna idea de cómo lo harías? ¿Has empezado a preparar algún detalle sobre el modo de hacerlo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Formule siempre la pregunta 6		
6) ¿Alguna vez en tu vida has hecho algo para quitarte la vida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es «sí»: «¿Ha sido en los últimos tres meses?»	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Riesgo bajo
 Riesgo medio
 Riesgo alto