



## AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

Paciente: ..... Sexo: ..... Idade: ..... Data: ..... Avaliador: .....

### O que está acontecendo?

- Desencadeante.....
- Motivação .....
- Significado de morrer .....

### Exame Mental Atual

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Delírio/Alucinação    | <input type="checkbox"/> Incontinência afetiva       | <input type="checkbox"/> Constrição Cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Depressão             | <input type="checkbox"/> Instabilidade do humor      | <input type="checkbox"/> Vergonha/Humilhação  |
| <input type="checkbox"/> Desesperança          | <input type="checkbox"/> Ansiedade/Inquietude        | <input type="checkbox"/> Insônia              |
| <input type="checkbox"/> Desespero (psychache) | <input type="checkbox"/> Impulsividade/agressividade | <input type="checkbox"/> Dor/incapacitação    |
| <input type="checkbox"/> Col apso existencial  | <input type="checkbox"/> Raiva                       |   |

### Intencionalidade Suicida

IDEIAS DE MORTE	IDEIAS DE SUICÍDIO	TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA	PLANO SUICIDA
<input type="checkbox"/> Passivas	<input type="checkbox"/> Persistentes	<input type="checkbox"/> Quantas .....	<input type="checkbox"/> Em preparação
<input type="checkbox"/> Rejeita o suicídio	<input type="checkbox"/> Intensas	<input type="checkbox"/> Última....	<input type="checkbox"/> Detalhado
	<input type="checkbox"/> Incontroláveis	<input type="checkbox"/> Motivação	<input type="checkbox"/> Conhece poder letal
	<input type="checkbox"/> Vistas como alívio	<input type="checkbox"/> Intencionalidade	<input type="checkbox"/> Possui os meios letais
	<input type="checkbox"/> Aceitáveis	<input type="checkbox"/> Letalidade	<input type="checkbox"/> Providências

### Principais Fatores de Risco

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transtorno mental       | <input type="checkbox"/> Suicídio na família   | <input type="checkbox"/> Acesso a meio letal     |
| <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio   | <input type="checkbox"/> Discórdia Familiar    | <input type="checkbox"/> Rigidez Cognitiva       |
| <input type="checkbox"/> Álcool ou outra droga   | <input type="checkbox"/> Desilusão amorosa     | <input type="checkbox"/> Perfeccionismo          |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico ou sexual  | <input type="checkbox"/> Relações conflituosas | <input type="checkbox"/> Conflito de Identidade  |
| <input type="checkbox"/> Exposição a um suicídio | <input type="checkbox"/> Desemprego            | <input type="checkbox"/> Dor/Incapacidade        |
| <input type="checkbox"/> Isolamento              | <input type="checkbox"/> Derrocada financeira  | <input type="checkbox"/> Alta Hospitalar Recente |
| <input type="checkbox"/> Falta de apoio social   | <input type="checkbox"/> Desonra               | <input type="checkbox"/> Não adere a tratamento  |

### Formulação do Risco e Manejo

- Risco baixo.....
- Risco moderado .....
- Risco alto .....



**DESCRIÇÃO DO CASO**

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

**CONDUTA APLICADA**

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

**ENCAMINHAMENTOS**

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

**AVALIADOR:** .....

Mafra, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Profissional

Recebido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(item para uso do Grupo de Amparo à Vida)