



Definición de Caso INTENTO DE SUICIDIO: todo comportamiento para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador:

Provincia: Departamento:

Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador/a:

Teléfono: Correo electrónico:

[Al notificar en **SNVS2.0** consignar datos del notificador en el campo "Observaciones del evento"]

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

(*) **Tipo de documento:** D.N.I. DOC. EXTRANJERO INDOC. Nº País de emisión:

(*) **Nombre:** (*) **Apellido:**

(*) **Sexo legal:** Femenino Masculino No binario

Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido Otro:

Estado civil: Desconocido/a Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Unión Convivencial

(*) **Fecha de nacimiento:** / / (DD/MM/AAAA)

Provincia de residencia Departamento: Localidad:

Domicilio de residencia (Calle / Manzana): Nº Piso Depto Cód. Postal:

Cobertura Social: Situación laboral:

Teléfono: Correo electrónico:

Responsable a Cargo (referente vincular) DNI Parentesco: Teléfono:

[Al notificar en **SNVS2.0** consignar datos de interés o del Responsable a Cargo en el campo "Observaciones del evento"]

CLASIFICACIÓN DE CASO

En este apartado se define en SNVS el intento de suicidio, es obligatorio seleccionar los siguientes campos:

(*) **Grupo de eventos en SNVS2.0:** lesiones intencionales

(*) **Evento:** intento de suicidio

Con Resultado Mortal	<input type="radio"/>
Sin Resultado Mortal	<input type="radio"/>

INFORMACIÓN CLÍNICA

(*) Fecha de primera consulta: / / (DD/MM/AAAA)

(*) Fecha de ocurrencia del evento [SNVS 2.0: consignar en "Fecha de inicio de síntomas"]: / / (DD/MM/AAAA)

Estudio situacional del evento

Mecanismo o modalidad [SNVS 2.0: consignar en sección "signos y síntomas"]

Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	<input type="checkbox"/>	Siniestro vial	<input type="checkbox"/>	Ahogamiento por sumersión	<input type="checkbox"/>	Saltar desde un lugar elevado	<input type="checkbox"/>
Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento	<input type="checkbox"/>	Disparo de armas de fuego	<input type="checkbox"/>	Objeto cortante	<input type="checkbox"/>	Sobreingesta de medicamentos	<input type="checkbox"/>

Otro:

Lugar donde ocurrió el evento [SNVS 2.0: consignar en sección "signos y síntomas"]

Vía pública	<input type="radio"/>	Vivienda	<input type="radio"/>	Lugar de trabajo	<input type="radio"/>	Establecimiento educativo	<input type="radio"/>	Institución residencial	<input type="radio"/>	Establecimiento de salud	<input type="radio"/>
-------------	-----------------------	----------	-----------------------	------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------

Otro:

Estaba bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva al momento del evento: SI NO

Sección Comorbilidades

Situaciones clínicas relevantes [SNVS 2.0: consignar en sección "comorbilidades"]

Enfermedad crónica	<input type="checkbox"/>	Enfermedad grave o terminal de referente vincular	<input type="checkbox"/>	Sin antecedentes	<input type="checkbox"/>
Enfermedad terminal	<input type="checkbox"/>	Enfermedad degenerativa	<input type="checkbox"/>	Sin datos	<input type="checkbox"/>

Otro (especifique cuál/es):

Presenta alguna condición discapacitante: SI NO

Antecedentes de consumos problemáticos previos [SNVS 2.0: consignar en sección "comorbilidades"]

Alcohol	<input type="checkbox"/>	Cocaína	<input type="checkbox"/>	Psicofármacos, anestésicos NO recetados	<input type="checkbox"/>	Sin antecedentes	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	Drogas de diseño	<input type="checkbox"/>	Psicofármacos, anestésicos recetados por profesional de la salud	<input type="checkbox"/>	Sin datos	<input type="checkbox"/>

Otro:

Sección Diagnóstico Referido

Problemática de salud mental: SI NO

Sección Tratamiento (derivado del intento de suicidio)

Por cuidados clínicos: SI NO

Por problemáticas de salud mental: SI NO

Sección internación

Internado: SI NO Fecha: / / UTI: SI NO Fecha / / (DD/MM/AAAA)

Asistencia Respiratoria Mecánica: SI NO Fecha / / (DD/MM/AAAA)

Fallecido: SI NO Fecha: / / (DD/MM/AAAA) (si el **FALLECIMIENTO** ocurre durante la internación y antes de notificar en SNVS, cambiar la clasificación del caso a "con resultado Mortal" registrando la enmienda en esta misma ficha.)

Firma y aclaración del notificador/a: _____