**Modelo SiS de Prevenção de Suicídio nas Escolas**

**Formulário de Triagem de Risco de Suicídio Juvenil 2.0**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do aluno |  | Data da triagem |  |
| Preenchido por (Nome/cargo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Motivo para o preenchimento deste formulário |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Últimas 24 horas** | **Semana passada** | **Mês passado ou+** |
| 1. Você já desejou estar morto?
 | ❑ Não | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Você já sentiu que você, seus amigos ou sua família estaria(m) melhor(es) se você morresse ou sumisse?
 | ❑ Não | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Você já teve pensamentos sobre se matar?
 | ❑ Não | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Você já tentou se matar?
 | ❑ Não | ❑ | ❑ | ❑ |
| * 1. Se sim, como, quando, onde e porquê?
 |
| * 1. Você parou sozinho, ou alguém impediu você?
 |
| * 1. Como você se sente agora depois que você foi impedido?
 |
| 1. Você planeja se matar? ❑ Não ❑ Sim
 |   |   |   |
| 1. Se sim, como, quando e onde?
 |

Se o aluno responder SIM para qualquer pergunta, uma avaliação completa do risco de suicídio deve ser realizada pela equipe de saúde mental da escola ou por encaminhamento com base na política pública de saúde mental junto à educação, conforme seu município/estado de residência. Recomenda-se que os pais sejam contactados em todos os casos em que uma triagem seja realizada, mesmo que o aluno negue o risco. Também é importante consultar outros integrantes da equipe da escola sobre casos de risco de suicídio, como outros profissionais de saúde mental da escola, professores e um Coordenador de Prevenção de Suicídio, membros da equipe de crise e/ou funcionários da administração.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pais contactados? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Se a resposta para alguma pergunta foi sim, uma Avaliação de Risco de Suicídio foi realizada pela equipe da escola? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Foi encaminhado para uma avaliação externa? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Consultou outro especialista da escola, membro da equipe de crise ou coordenador | ❑ | Sim | ❑ | Não |
|  |  |  |  |  |
| Encaminhado para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |
| Nome e credenciais de quem fez a triagem |  | Data da triagem |

*Adaptado do formulário Ask Suicide-Screening Questions (ASQ; Horowitz, 2012),*

*a Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS; Posner, 2009) e a*

*Questionário de Ideação Suicida-JR (SIQ-JR; Reynolds, 1997).*