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

**Plano de Reingresso**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do aluno |  | | | Data da Reunião | |  | | |
| Nome da escola |  | | | Série/Turma | |  | | |
| Preenchido por (nome/cargo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Pai(s)/Responsável(is) convidados | |  | | | Data do contato | |  | | |
|  | | |  | | | | |
| Plano de Educação Especial? ❑Sim ❑Não | | | Classificação: | | | | |

**I. INFORMAÇÕES DA HOSPITALIZAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Retornando de: | Tipo de internação: |
| Data de retorno às aulas: | Diagnósticos: |
| Medicamento: | Medicação na escola ❑Sim\* ❑Não |

\*Preencher a documentação necessária

Descreva o motivo da internação:

Descreva o progresso feito/estratégias de enfrentamento aprendidas:

Preocupações sobre o retorno às atividades escolares:

O que o aluno dirá aos colegas (prática/planejamento/ensaio):

**II. SINTOMAS**

Sintomas/barreiras identificadas pelo aluno ou pais que devem ser monitorados pela escola, pois podem ser indicativos de que o aluno está enfrentando dificuldades ou que está piorando.

Gatilhos/estressores individuais identificados pelo aluno:

**III. INTERVENÇÕES**

***Exemplos:*** *Tarefas modificadas / tempo estendido nas tarefas / Planos de Educação Especial / Aconselhamento na escola / Permissão para avaliar ou reavaliar o monitoramento de de risco de suicídio da escola/ Encaminhamento a programas de assistência ao estudante / Plano de segurança / Horário Modificado/ Passe livre para buscar orientação / Sala de relaxamento / Tutoria / Assistência acadêmica / Plano de reposição de aulas/ Outros (especifique)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervenção** | **Pessoa responsável** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Aluno(a) *E* pais /responsáveis desejam que os professores sejam informados: ❑Sim ❑Não

Descreva as informações que desejam compartilhar com os professores:

Consulta(s) de acompanhamento agendada(s): (incluir datas/horários/tipo e nome do profissional)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Formulário(s) de Liberação de Informações assinado(s) ❑ Sim ❑ Não ❑ S/I

Reunião de progresso do Plano de Reentrada agendada para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. PARTICIPANTES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **CARGO** | **Assinatura** | **Concordo com o Plano\*** |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |

*\*Se houver desacordo com o plano, os pais podem fazer sugestões e/ou fornecer uma declaração por escrito.*

**Modelo SiS de Suicídio nas Escolas**

**Reunião de Progresso do Plano de Reingresso**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do aluno |  | | | Turma |  | |
| Data da Reunião Inicial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Data da Reunião de Progresso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Preenchido por (nome/cargo) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Pai convidado |  | | | Data do contato |  | |

O plano geral será: Continuado ❑Sim ❑ Não |Modificado ❑Sim ❑Não |Descontinuado ❑Sim ❑Não

**Liste cada intervenção implementada abaixo e descreva brevemente seu progresso. Inclua razões para a continuação, modificação ou descontinuação de cada intervenção:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervenção implementada** | **Continuar, Modificar ou Descontinuar** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**PARTICIPANTES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME (em caixa-alta)** | **TÍTULO** | **Assinatura** | **Concordo com o Plano\*** |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |
|  |  |  | ❑Sim ❑Não |

*\*Se houver desacordo com o plano, os pais podem fazer sugestões e/ou fornecer uma declaração por escrito.*