

A. DATOS DEL EVENTO

Referencia del caso: _____

¿Se ha notificado otro evento de este paciente previamente en este estudio?

No Sí: Referencia del caso anterior: _____

Tipo de evento: Suicidio consumado Intento de suicidio Idea suicida

Fecha del evento o de la consulta: ___ / ___ / _____

B. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Edad del paciente cuando se produce el evento: _____ Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a o Divorciado/a Viudo/a

Nivel de estudios: Sin estudios Primaria Secundaria/FP Universitaria Desconocido

Situación laboral: Estudiante Trabajador en activo Desempleado Jubilado

Tipo de convivencia (posible respuesta múltiple):

Sólo Pareja Padres Hijos Otros familiares Otros no familiares

Independencia para las actividades de la vida diaria: Sí No

Enfermedades no mentales:

Patologías con dolor crónico limitante

Enfermedad degenerativa

Enfermedad con pronóstico terminal

Otras: _____

Enfermedades mentales: No Sí. Especificar si procede: _____

Abuso de sustancias: No Sí. Especificar si procede: _____

Violencia doméstica o de género:

Alta sospecha Expresado en consulta Denuncias previas Se desconoce

Problemas de acoso escolar / laboral:

Alta sospecha Expresado en consulta Denuncias previas Se desconoce

Eventos vitales estresantes recientes:

Divorcio Despido Fallecimiento/Accidente familiar Otro: _____

C. DATOS RELACIONADOS CON EL EVENTO

• **A completar si el evento es tipo suicidio o intento de suicidio**

Medio utilizado:

Medicamento Sustancia tóxica Gas/CO Alcohol Ahogamiento

Estrangulamiento Sofocación Ahogamiento/sumersión Arma blanca

Arma de fuego Salto lugar elevado Colisión con vehículo de motor propio

Saltar/colocarse delante de vehículo u objeto en movimiento Otro: _____

Fuente de detección: Paciente Familiar o entorno Notificación desde centro sanitario

¿Existe constancia documental? Sí No

Si la respuesta es Sí indique cuál: Informe forense Informe urgencias Otro

¿Es el primer intento? Sí

No: Número de intentos previos: _____ Fecha primer intento: ___ / ___ / _____

Se desconoce

Último contacto en consulta médica:

Última semana Último mes Últimos 6 meses Últimos 12 meses Nunca

Constancia de ideación suicida previa: Sí No

• **A completar si el evento es tipo ideación suicida**

Causa de la consulta: Patología orgánica Patología mental Otros: _____

¿Qué frase o expresión ha hecho el paciente con connotación de ideación suicida?



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2020 (MÉDICO DE FAMILIA)

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DEL SUICIDIO

Criterio de inclusión:

- **Suicidio consumado.**
- **Intento de suicidio:** con informe de atención médica o expresión clara en la consulta por parte del paciente de su intención tras las lesión/es autoinflingidas.
- **Ideas autolíticas:** paciente que durante la consulta médica (consulta demandada por cualquier motivo) expresa comentarios o verbalizaciones relacionados con el acto suicida o la muerte: “quiero matarme”, “quiero terminar con mi vida pero no sé cómo”, “ya sé cómo quitarme de en medio”, “me gustaría desaparecer”, “no quiero/merece la pena seguir viviendo”, “preferiría estar muerta”, “soy una carga para todos/ nadie me quiere/no tengo a nadie, así que preferiría morirme”.