

**INTENTO DE SUICIDIO**

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

**Definición de caso:**

Caso Sospechoso: Todo comportamiento para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ H.C.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo legal: Masculino  Femenino  No binario  DNI: \_\_\_\_\_Género: Mujer CIS  Varón CIS  Mujer Trans  Varón Trans  Desconocido Estado civil: Desconocido/a  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a  Unión convivencial 

Domicilio: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono Propio o vecino: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Responsable a cargo (referente vincular) DNI: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(Al notificar en **SNVS 2.0** consignar datos de interés o del Responsable a Cargo en el campo "**Observaciones del evento**")**DATOS CLÍNICOS****(\*) 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	Siniestro vial	Ahogamiento por sumersión	Saltar desde un lugar elevado
Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento	Disparo de armas de fuego	Objeto cortante	Sobreingesta de medicamento

Otro: \_\_\_\_\_

**Lugar donde ocurrió el evento** (SNVS 2.0 consignar en sección (signos y síntomas))

Vía Pública	Vivienda	Lugar de trabajo	Establecimiento educativo	Institución residencial	Establecimiento de salud
-------------	----------	------------------	---------------------------	-------------------------	--------------------------

Otro: \_\_\_\_\_

Estaba bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva al momento del evento  Sí  No**Sección comorbilidades****Situaciones clínicas relevantes** (SNVS 2.0 consignar en sección comorbilidades)

Enfermedad crónica	Enfermedad grave o terminal de referente vincular	Sin antecedentes
Enfermedad terminal	Enfermedad degenerativa	Sin datos

Otro ( especifique cuál/ es): \_\_\_\_\_

Presenta alguna condición discapacitante:  Sí  No

**Antecedentes de consumos problemáticos previos** (SNVS 2.0 consignar en sección comorbilidades)

Alcohol		Cocaína		Psicofármacos, anestésicos NO recetados		Sin antecedentes	
Marihuana		Drogas de diseño		Psicofármacos, anestésicos recetados por profesionales de la salud		Sin datos	

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, cambiar la clasificación del caso a "con resultado mortal".)

**CLASIFICACIÓN**

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

(\*) **Grupo de eventos en SNVS 2.0:** lesiones intencionales

(\*) **Evento:** Intento de suicidio

<b>Con Resultado Mortal</b>	
<b>Sin Resultado Mortal</b>	

**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma y aclaración del notificador/a