



## ESCALA DETECCIÓN RIESGO SUICIDA

Número informe: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Traslado: SI  NO  Hospital: \_\_\_\_\_

Durante este último mes:

C1 - ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto? SI  NO

C2 - ¿Ha querido hacerse daño? SI  NO

C3 - ¿Ha pensado en el suicidio? SI  NO

C4 - ¿Ha planeado suicidarse? SI  NO

C5 - ¿Ha intentado suicidarse? SI  NO

A lo largo de su vida:

C6 - ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? SI  NO

¿Hay al menos una respuesta codificada SI? SI  NO

**MINI subescala suicidio (Riesgo de Suicidio Actual) :**

Si la respuesta anterior es SI especificar el nivel de riesgo de suicidio como sigue:

- C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO
- C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO
- C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO

Puntuar 1 por cada ítem señalado con una X:

<input type="checkbox"/>	Sexo: Varón
<input type="checkbox"/>	Edad: menor de 19 o mayor de 45
<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Intentos de suicidio previos
<input type="checkbox"/>	Abuso de alcohol
<input type="checkbox"/>	Trastornos cognitivos (delirium, demencia u otros trastornos cognitivos)
<input type="checkbox"/>	Bajo soporte social
<input type="checkbox"/>	Plan organizado de suicidio
<input type="checkbox"/>	Sin pareja estable
<input type="checkbox"/>	Enfermedad somática

Puntuación total SAD

- 0 - 2 PUNTOS: Alta con seguimiento ambulatorio.
- 3 - 4 PUNTOS: Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar internación psiquiátrica.
- 5 - 6 PUNTOS: Si no hay control familiar estrecho debe internarse.
- 7 - 10 PUNTOS: Internación. Riesgo de muerte inminente.

(\*) Tener en cuenta que, por sí solos, los ítems sexo, edad, bajo soporte social y sin pareja estable no indican que el paciente tenga riesgo suicida. Se entiende que ante un paciente con riesgo suicida, estos ítems aumentan estadísticamente el riesgo.

Incluir en el informe **MINI subescala suicidio** ( Ligero / Moderado / Alto ) y **Puntuación total SAD**