## PLANO DE SEGURANÇA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.

| Nc             | ome:  | Data:   |
|----------------|---|---|
|                | ATILHOS:<br>ne experiências e situações o(a) levam a sintomas                               | de stress, pânico, ansiedade ou depressão?  |
|                | NAIS DE AVISO: lais são os sinais (pensamentos, sentimentos e co                            | omportamentos) de que está a começar a entrar em crise?   |
|                | STRATÉGIAS DE COPING:<br>que pode fazer sozinho(a) para se acalmar, aliviar                 | o stress, distrair-se do problema e sentir-se melhor?   |
| PE             | ESSOAS DE CONFIANÇA:  |   |
|                | não conseguir lidar com a situação sozinho(a), co crise para obter ajuda:                   | ntacte um adulto de confiança ou ligue para uma das linha:  |
|                |   | <u> </u>  |
|                |   | Número:<br>Número:  |
| _<br><u>LI</u> | NHAS DE CRISE:  | Numero.   |
|                | 911 (emergência)  | Linha direta de prevenção do suicídio e de crises: 988  |
|                | Linha direta de apoio para jovens em crise (Youth In Crisis Hotline): 1-800-448-3000        | ☐ Linha direta nacional de prevenção de violência infantil (National Child Abuse Hotline): 1-800-422-4453 |
|                | Linha de apoio a vítimas de violência doméstica (Domestic Violence Hotline): 1-800-799-7233 | □ Linha de apoio a comportamentos aditivos e dependências (Substance Abuse Hotline): 1-800-622-4357       |
|                |   |   |
|                |   |   |



## PLANO DE SEGURANÇA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.

## COMPROMISSO DO ADULTO RESPONSÁVEL:

| Cor | no adulto responsável pelo(s) jovem(ns), farei o seguinte para garantir a sua segurança:   |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|
|     | Garantir a supervisão adequada dos jovens. O nosso plano de supervisão é o seguinte:  Acompanhar o comportamento, a disposição e as atividades do jovem. Saber sempre onde se encontra |  |  |  |
|     |  |  |  |  |
|     | Vigiar o acesso do jovem a objetos potencialmente perigosos, como medicamentos, fios/cordas, objetos cortantes, armas, etc.  |  |  |  |
|     |  |  |  |  |
| ш.  |  |  |  |  |

## Afirmo que discutimos e concordámos com o Plano de Segurança acima referido:

| Nome do jovem              | Assinatura do jovem              | Data |
|----------------------------|----------------------------------|------|
| Nome do adulto responsável | Assinatura do adulto responsável | Data |
| Nome do assistente social  | Assinatura do assistente social  | Data |



Guarde este plano num local seguro.

