

PLANO DE SEGURANÇA

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.

Nome: _____

Data: _____

GATILHOS:

Que experiências e situações o(a) levam a sintomas de stress, pânico, ansiedade ou depressão?

-
-
-
-

SINAIS DE AVISO:

Quais são os sinais (pensamentos, sentimentos e comportamentos) de que está a começar a entrar em crise?

-
-
-
-

ESTRATÉGIAS DE COPING:

O que pode fazer sozinho(a) para se acalmar, aliviar o stress, distrair-se do problema e sentir-se melhor?

-
-
-
-

PESSOAS DE CONFIANÇA:

Se não conseguir lidar com a situação sozinho(a), contacte um adulto de confiança ou ligue para uma das linhas de crise para obter ajuda:

- | | | | |
|--------------------------|-------|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> | _____ | Número: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | Número: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | Número: | _____ |

LINHAS DE CRISE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 911 (emergência) | <input type="checkbox"/> Linha direta de prevenção do suicídio e de crises: 988 |
| <input type="checkbox"/> Linha direta de apoio para jovens em crise (Youth In Crisis Hotline): 1-800-448-3000 | <input type="checkbox"/> Linha direta nacional de prevenção de violência infantil (National Child Abuse Hotline): 1-800-422-4453 |
| <input type="checkbox"/> Linha de apoio a vítimas de violência doméstica (Domestic Violence Hotline): 1-800-799-7233 | <input type="checkbox"/> Linha de apoio a comportamentos aditivos e dependências (Substance Abuse Hotline): 1-800-622-4357 |
| <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ |

PLANO DE SEGURANÇA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.

COMPROMISSO DO ADULTO RESPONSÁVEL:

Como 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.
-
-
-

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.