

Informe d'actuació en cas de risc de suïcidi

Dades personals			
Primer llinatge		Segon llinatge	
Nom			
Data naixement		Edat	
Domicili			
Localitat		Codi postal	
Municipi		Telèfons	
Nom de la mare, pare o tutor/a			
Tipus d'alumnat	<input type="radio"/> No NESE <input type="radio"/> NESE: <input type="radio"/> NEE: <input type="radio"/> Intervenció d'equip especialitzat/Serveis d'UVAI:		

Origen			
Centre educatiu			
Remitent	Servei d'orientació	Telèfon	
Adreça electrònica			
Horari contacte			

Destinació	
Sistema sanitari	<input type="radio"/> Atenció primària <input type="radio"/> Urgències <input type="radio"/> Servei sanitari privat:
Motiu de la demanda	Risc suïcida
Referent de sanitat (si escau)	

Observacions	Data
	Signatura persona que deriva
	Signatura mare/pare/tutor-a legal