

Nome dell'organizzazione:	Nome del programma:	Data:
Nome del soggetto: (Nome, iniziale del secondo nome, cognome)	Numero di registrazione:	Data di nascita:
Fase 1: Segnali di allarme (pensieri, immagini, umore, situazione, comportamento) che indicano una possibile crisi:		
1. _____ 2. _____ 3. _____		
Fase 2: Strategie adattive interne - Cose che posso fare per distrarmi dai miei problemi senza entrare in contatto con altre persone (ad esempio, ascoltare musica rilassante, giocare a un videogioco, guardare la TV):		
1. _____ 2. _____ 3. _____		
Fase 3: Persone e ambienti sociali che offrono possibilità di svago ed evasione:		
1. _____	Tel.	_____
2. _____	Tel.	_____
3. _____	Tel.	_____
Fase 4: Persone a cui rivolgermi per chiedere assistenza:		
1. _____	Tel.	_____
2. _____	Tel.	_____
3. _____	Tel.	_____
Fase 5: Professionisti o agenzie a cui rivolgermi durante una crisi:		
1. Nome del medico _____ Cercapersone del medico o contatto di emergenza _____	Tel.	_____
2. Nome del medico _____ Cercapersone del medico o contatto di emergenza _____	Tel.	_____
3. Servizi locali per cure urgenti _____ Indirizzo dei servizi per cure urgenti _____ Numero di telefono dei servizi per cure urgenti _____		_____

Nome dell'organizzazione:	Nome del programma:	Data:
Nome del soggetto: (Nome, iniziale del secondo nome, cognome)	Numero di registrazione:	Data di nascita:

4. Teléfono de la Línea de Prevención del Suicidio (Suicide Prevention Lifeline): 1-800-273-TALK (8255)

Fase 6: Mettere in sicurezza l'ambiente (rimuovere o limitare l'accesso a qualsiasi strumento o metodo che ho preso in considerazione o che ho già utilizzato per un tentativo di suicidio OLTRE A limitazione dell'accesso ad armi da fuoco anche se non ho mai pensato di usarle):

1. _____
2. _____

La cosa più importante per me, quella per cui vale la pena vivere è:

Esempio di un piano di sicurezza (Safety Plan Template) ©2008. Barbara Stanley e Gregory K. Brown. Questa versione aggiornata viene utilizzata nell'ambito dell'Iniziativa per la documentazione clinica dello Stato di New York (New York State Clinical Records Initiative, NYSCRI) grazie all'autorizzazione degli autori. È vietata la modifica di qualsiasi parte del Safety Plan Template senza il loro esplicito consenso scritto. Può contattare gli autori all'indirizzo bhs2@columbia.edu o gregbrow@mail.med.upenn.edu.