

Приложение 1 к постановлению комиссии по
делам несовершеннолетних и защите их прав
Забайкальского края
от 19.05.2020 года № 4

УВЕДОМЛЕНИЕ
о факте совершения суицида несовершеннолетним

Начальнику
(наименование территориального
органа внутренних дел)
(специальное звание)
(Ф.И.О.)

Председателю
КДНиЗП

(регион, муниципальный район)
(Ф.И.О.)

Довожу до Вашего сведения, что «___» 20 __ года выявлен факт совершения суицида несовершеннолетним _____.

Дата обнаружения: (число, месяц, год, время):_____

Ориентировочное время суицида:_____

Район, город, населенный пункт проживания:_____

Район, город, населенный пункт совершения:_____

Место совершения: (квартира, дом, сарай, другие - указать):_____

ФИО несовершеннолетнего (полностью):_____

Дата рождения:_____

Пол: мужской _____ женский _____, возраст:_____

Категория: учащийся общеобразовательной организации:_____, для детей с ОВЗ_____, интернатного типа_____, гимназии_____, лицея_____, вечерней_____, профессиональной ОО_____, студент вуза_____, проживает в общежитии_____, работающий_____, не работающий_____, сирота_____, с ОВЗ_____, инвалид_____, опекаемый_____, находящийся в социально опасном положении_____

Иное_____

Состоял на учете: в образовательной организации_____, ТОВД_____, у врача-психиатра*_____, у врача-нарколога*_____, имел физические (врожденные, приобретенные) дефекты*_____, имелись признаки беременности*_____, криминального аборта*_____, другое_____

Статус семьи: внешне благополучная_____, находящаяся в социально опасном положении_____, имеет жилье_____, не имеет жилья_____, проживает в данной местности до 2 лет_____, проживает постоянно_____, имеет статус беженца, вынужденного переселенца_____, семья полная_____, неполная_____(причины: одинокий родитель_____, развод_____, смерть одного из родителей), малообеспеченная_____, многодетная_____

Иное_____

Категория родителей: один из родителей: отчим_____, мачеха_____; злоупотребляет спиртными напитками_____; употребляет наркотические вещества_____; находится_____/ вернулся____ из мест лишения свободы; пенсионер(ы)_____, инвалид(ы)_____, безработны(й/е)_____

Место (сфера) работы: мать:_____, отец:_____,

Иное_____

Вид суицида: групповой_____, одиночный_____
Ранее имели место попытки суицида ранее высказывал намерение совершить суицид (попытку суицида)_____

Суициду предшествовала конфликтная ситуация: с педагогами_____, со сверстниками_____, с родителями_____, другими родственниками_____, соседями_____, иное (охарактеризовать)

Характеристика подростка по месту жительства/учебы: положительная_____/_____,
удовлетворительная_____/_____, неудовлетворительная_____/_____,

Наличие негативных поведенческих проявлений: страх _____, угнетенность _____, озлобленность _____, иные (охарактеризовать) _____
 В состоянии опьянения: алкогольного _____, наркотического _____
 Наличие записки: _____, ее содержание: _____

должность

подпись

ФИО

Примечание: положительный ответ на вопрос уведомления отмечается значком «V», отрицательный - значком «-», в случае отсутствия сведений - значком «?».

*Заполняется по согласованию с медицинской организацией.

Приложение 2 к постановлению
комиссии по делам несовершеннолетних
и защите их прав Забайкальского края
от 19.05.2020 года № 4

Журнал регистраций сообщений
о суицидах и суицидальных попытках несовершеннолетних

№ п/п	Дата и время поступления сигнала	От кого поступил сигнал (организация, Ф.И.О. ответственного лица, гражданина)	Ф.И.О. специалиста, принявшего сигнал	Сведения о несовершеннолетн ем	Обстоятельства чрезвычайного происшествия	Принятые меры	
							Приме чание
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 3 к постановлению
комиссии по делам несовершеннолетних
и защите их прав Забайкальского края
от 19.05.2020 года № 4

**Информация
об оказании помощи семьям, детям и подросткам из ближайшего окружения несовершеннолетнего с
завершенным суицидом**

№ п/п	Наименование показателя	Значение
1	Количество несовершеннолетних, совершивших суицид*	
2	Количество детей и подростков из ближайшего окружения несовершеннолетнего с завершенным суицидом, получивших специализированную медицинскую помощь, в том числе: в условиях стационара	
	взятых на «Д» учет	
	взятых на консультативное наблюдение	
3	Количество детей и подростков из ближайшего окружения несовершеннолетнего с завершенным суицидом, в отношении которых организована психолого-педагогическая помощь в образовательной организации, в том числе:	

	профилактические занятия в классе (группе), где обучается несовершеннолетний (в случае письменного отказа родителей несовершеннолетнего от психологического консультирования)	
	индивидуальные занятия с педагогом-психологом по профилактике суицидальных рисков	
	психологическое консультирование	
	включение в социальную значимую деятельность	
4	Количество детей и подростков из ближайшего окружения несовершеннолетнего с завершенным суицидом /членов семьи несовершеннолетнего с завершенным суицидом в отношении которых предоставлены социально-психологические, социально-педагогические и иные услуги в организациях социального обслуживания:	
	социально-психологическое консультирование, в том числе по вопросам внутрисемейных отношений	
	оказание консультационной психологической помощи	
	социально-педагогическая помощь	
	иные услуги	
5	Количество детей и подростков из ближайшего окружения несовершеннолетнего с завершенным суицидом /членов семьи несовершеннолетнего с завершенным суицидом в отношении которых оказано содействие в получении экстренной психологической помощи с привлечением к этой работе психологов и священнослужителей в рамках получения срочных социальных услуг	

Примечание: Информация предоставляется в рамках полномочий.

* По данным ведомства.

Приложение 4 к постановлению
комиссии по делам несовершеннолетних
и защите их прав Забайкальского края
от 19.05.2020 года № 4

Характеристика

по адресу _____

(ФИО), _____ г.р., обучающегося
(класс/группа, учреждение), проживающего

При подготовке характеристики несовершеннолетнего, совершившего суицид, необходимо указать следующие данные при наличии соответствующих сведений (с учетом заполненного уведомления, в целях уточнения и детализации информации):

с какого времени обучается в данном учреждении, классе/группе; статус семьи, с кем проживает, кто является референтным лицом;

выполнение родителями обязанностей по содержанию, обучению, воспитанию несовершеннолетнего, взаимоотношения с родителями, другими членами семьи, стиль семейного воспитания;

обеспеченность необходимыми для удовлетворения потребностей развития ребенка предметами;

имелись ли в ближайшем окружении случаи тяжелой болезни, смерти, суицида, попыток суицида;

соблюдение учебной дисциплины (пропуски без уважительной причины, поведение на уроках, вне уроков, выполнение домашнего задания);

уровень овладения знаниями, наличие трудностей в обучении, мотивация к учебе, предпочтение учебным предметам, видам учебной деятельности;

наличие трудностей в социализации, увлечения, внеурочная занятость; особенности характера;

наличие друзей, в том числе противоположного пола, взаимоотношения с обучающимися, педагогами, соседями. Референтное лицо вне семьи;

физическое и психическое развитие (по возрасту, имеет отклонения от нормы, какие);

наличие вредных привычек;

принадлежность к субкультурным объединениям;

состояние на учете (в учреждении, ТОВД, КДНиЗП, у врача-психиатра, у врача-нарколога), основание для постановки, год постановки.

Примечание: Возможно указание иной информации, указывающей на предположительные причины антивитального поведения подростка.

Приложение 5 к постановлению
комиссии по делам несовершеннолетних
и защите их прав Забайкальского края
от 19.05.2020 года № 4

Начальнику
(наименование территориального
органа внутренних дел)
(специально звание)
(Ф.И.О.)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

(фамилия, имя, отчество)

Зарегистрированный (ая) по адресу: _____

Паспорт серия _____ № _____ выданный _____
(дата) (наименование органа, выдавшего документ)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О
персональных данных» даю согласие _____
(наименование территориального органа внутренних дел) на обработку данных несовершеннолетнего(ей) из
ближайшего окружения несовершеннолетнего с завершенным суицидом _____,

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированного (ой) по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____
(дата рождения)

(наименование органа, выдавшего документ)

Свидетельство о рождении _____ № _____, выданное

(наименование органа, выдавшего документ)

Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего ребенка,
включая, сбор, систематизацию, накопление, хранение и их пересылку в комиссию по делам
несовершеннолетних, органы социальной защиты населения, учреждения здравоохранения и образования для
оказания межведомственной помощи, в том числе психологической и психиатрической.

Персональные данные могут быть также использованы для изучения причин и условий,
способствующих совершению суициdalного поведения несовершеннолетних.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положением Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О
персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

(дата) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Приложение 6 к постановлению
комиссии по делам несовершеннолетних
и защите их прав Забайкальского края
от 19.05.2020 года № 4

**Мониторинг учета несовершеннолетних, совершивших суицид,
на территории муниципального района _____
за _____ 20 _____ года**

№	ФИО н/летнего, адрес и м/жительства	Дата рожд., возраст	Род занятий (обучающийся школы, СПО, работает, не учится и не работает и др.)	Статус несовершеннолетнего		Описание происшествия (указать, способ)	Причина	Факт совершения ранее суицидальных попыток, несуицидального самоповреждающего поведения			Учет	
				д/дом	опекунская (приемная) семья			впервые	повт. (дата факта)	неоднократно (три и более)	СОП	контроль
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

* в столбцах 5,6,9- указать «+»

* в столбце 8 – указать «+» и прояснить: с/п – суициdalная попытка; н/с поведение – несуициdalное самоповреждающее поведение.

Приложение 7 к постановлению
комиссии по делам несовершеннолетних
и защите их прав Забайкальского края
от 19.05.2020 года № 4

Форма анализа факта суицида несовершеннолетнего

Все пункты обязательны для заполнения

Пункт	Ответ
1. Общая информация	
Ф.И.О. несовершеннолетнего	
Дата рождения	
Место учебы (класс/группа)	
Адрес проживания	
Категория учета (СОП, группа риска, норма)	
Дата совершения	
2. Характеристика случая	
Описание происшествия, обстоятельства	
Выявленные причины, условия, место	
Принятые меры по устранению причин и условий (беседа с законными представителями – прогноз поведения н/л; консультация психиатра, нарколога; устранение средств, способствовавших самоповреждению; педагогический консилиум; бдительное наблюдение за поведением; и т.д.)	
3. Характеристика семьи	
Полная (да/нет)	
Многодетная (да/нет)	
Опекунская (да/нет)	
Приемная (да/нет)	
Проживал(-ет) в семье с отчимом/мачехой (да/нет)	
Взаимоотношения в семье (доброжелательные/конфликтные; в состоянии развода, смерть родителей; злоупотребление ПАВ родителями и т.д.)	
Наличие хронической психопатологии у родителей (наблюдение у психиатра, нарколога)	
Является воспитанником учреждения для детей-сирот, детей оставшихся без попечения родителей	
Другое	
4. Характеристика несовершеннолетнего	
Состоял на учете у психиатра (да/нет).	
Причина постановки на учет	
Состоял на учете у нарколога (да/нет).	
Причина постановки на учет	
Состоял на учете в органах системы профилактики (указать какой: межведомственный либо ведомственный (какой)).	
Причина постановки на учет	
Состоял на учете в образовательной организации.	
Причина постановки на учет	
Взаимоотношения в коллективе образовательной организации (принят/не принят)	
Наличие серьезных проблем в somатическом здоровье (инвалидность, выраженная потеря слуха, зрения и т.д.)	
Наблюдение за поведением н/л в образовательной организации, в быту (проявления эмоциональной нестабильности, агрессивности, лживости,	

конфликтности и т.д.)	
Другое	
5. Результаты диагностики психолога	
Проективные методики	
Определение уровня тревоги	
Определение состояния депрессии	
Изучение самооценки	
Наличие акцентуированных черт характера (демонстративность, тревожность, замкнутость, импульсивность, ригидность, повышенная впечатлительность, ранимость и т.д.)	
Оценка суициального риска	1.
1. Наличие стресса (хронический или актуальный)	
2. Симптомы (эмоциональные, поведенческие, когнитивные, самоповреждающие поведение, ПАВ)	2.
3. План суицида (есть/нет, детализированность плана; время, место, средства)	3.
4. Наличие факта суицида у родственников, близайшего окружения	4.
5. Наличие ранних суициальных попыток	5.
6. Ресурсы (семья, друзья, хобби, планы на будущее и т.д.)	6.
Поведение в конфликтной ситуации	
Другое	
6. Дальнейшая профилактическая работа	
Помощь психолога (если оказывалась ранее – отразить динамику и результаты)	
Медицинская помощь	
Иная помощь	
Составление плана индивидуальной профилактической работы (ИПР), ответственный специалист, планируемый результат и дата завершения сопровождения (стабилизация психоэмоционального состояния несовершеннолетнего, пережившего попытку суицида, мобилизация его физических, духовных, личностных, интеллектуальных ресурсов для выхода из кризисного состояния)	

Подпись куратора случая, телефон _____ ФИО _____ телефон _____

Подпись руководителя _____ (Ф.И.О.) _____

Дата заполнения формы _____