

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

## RAPPORT D'INTERVENTION AUPRÈS DE LA PERSONNE SUICIDAIRE

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____	
À compléter à l'aide de la GEDPAS par un intervenant formé « Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus - Susciter l'espoir et estimer le danger »	
<b>Explorer les critères d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte</b>	<b>Susciter l'espoir</b>
<b>Pensées suicidaires et planification du suicide</b>	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R
Pensées <input type="checkbox"/> Occasionnelles <input type="checkbox"/> Fréquentes    Moyen _____	
Accessible _____    Endroit _____	
Moment _____    Préparatif _____	
Préciser rapidement _____	
Notes _____	
<b>Tentative de suicide</b>	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R
Combien _____ Dernière <input type="checkbox"/> Plus de 8 sem. <input type="checkbox"/> 8 sem. ou moins _____	
Contexte de la dernière _____	
Contexte similaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	
Si récente ou similitude <input type="checkbox"/> Soulagée/contente d'être en vie <input type="checkbox"/> Fâchée/déçue d'être en vie <input type="checkbox"/> Ambivalente	
Notes _____	
<b>Capacité à espérer un changement</b>	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R
Raison de vivre _____    Se sent <input type="checkbox"/> Utile <input type="checkbox"/> Inutile	
Niveau d'espoir _____    Autres options _____	
Sentiment de compétence _____    Avenir _____	
Souffrance <input type="checkbox"/> De plus en plus intolérable <input type="checkbox"/> Intolérable	
Suicide d'un modèle _____	
<b>Usage de substances</b>	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R
Intoxiqué _____ <input type="checkbox"/> Descente de stimulant <input type="checkbox"/> Intoxication dangereuse	
Habitudes de consommation <input type="checkbox"/> Peu ou pas, ou arrêt significatif <input type="checkbox"/> Stable	
<input type="checkbox"/> Comportement à risque ou aggravation	
Spécifier _____	
Rechute <input type="checkbox"/> Peur ou sans conséquence <input type="checkbox"/> Actuelle et conséquences significatives _____	
Notes _____	
<b>Capacité à se contrôler</b>	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R
Capacité à chasser les idées _____    Voix _____ <input type="checkbox"/> Perte de contact	
Perte de contrôle <input type="checkbox"/> Non anticipé <input type="checkbox"/> Utilise des moyens pour l'éviter <input type="checkbox"/> Anticipé/impulsif <input type="checkbox"/> Perte actuelle	
Comportements agressifs _____ <input type="checkbox"/> Changement d'humeur/agitation	
Sentiment de contrôle _____ /10 _____	
Notes _____	

Nom :

N° dossier :

Explorer les critères d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte	Susciter l'espoir							
<b>Présence de proches</b> <input type="checkbox"/> Quelqu'un peut assurer sa sécurité <input type="checkbox"/> Est seul <input type="checkbox"/> Sera seul Quel moment _____ Accepte d'en parler _____ Implication des proches _____ Nature des liens _____ <input type="checkbox"/> Craint d'être un fardeau <input type="checkbox"/> Se sent un fardeau Notes _____	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R							
<b>Capacité à prendre soin de soi</b> Perte de structure _____ Besoins de base _____ Énergie _____ Suivi médical et médication _____ Adhésion aux services _____ Perception des ressources _____ Notes _____	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R							
<b>Convenir d'actions qui alimentent l'espoir</b> Plus petit pas pour rester en contact avec ses raisons de vivre ou se faire du bien (elle le fait déjà ou l'a déjà fait) _____ Plus petit pas pour se protéger (elle le fait ou l'a déjà fait) _____ _____ Intention et capacité de le faire _____	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R							
<b>Estimation globale de la dangerosité</b>	<input type="checkbox"/> Absence d'indice de danger	<input type="checkbox"/> Indices de danger (faible)	<input type="checkbox"/> Danger grave à court terme	<input type="checkbox"/> Danger grave et imminent				
<b>Enjeux ou moments critiques à venir</b>								
<b>Mesures pour assurer la sécurité</b> <table border="1" data-bbox="110 1331 565 1371"> <tr> <td>V</td> <td>J</td> <td>O</td> <td>R</td> </tr> </table> Planifier les moments critiques _____ Faire un plan de sécurité _____ Informer des ressources 24/7 _____ Partager l'information avec l'équipe _____ Mobiliser un proche _____ Retirer l'accès au moyen _____ S'assurer d'offrir un suivi adapté _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px 0;"><b>ORANGE</b></div> Offrir un suivi étroit _____ Revoir dans 24/48 heures _____ Hébergement de crise _____ Évaluation médicale _____ Garde provisoire _____ Assurer la surveillance requise _____					V	J	O	R
V	J	O	R					

Nom :

N° dossier :

**ROUGE**

Accompagner vers l'urgence  
et transmettre les informations

Secours

Surveillance constante

**Informations complémentaires et analyse**

Date \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

Signature \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

**Légende** GEDPAS : Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire  
V : vert J : jaune O : orange R : rouge

Section réservée pour la signature électronique