

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

GRILLE D'ESTIMATION DE LA DANGEROUSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

À compléter à l'aide de la pondération, par un intervenant ayant reçu la formation « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques » offert par le Centre de Prévention du Suicide.

ESTIMATION DE LA DANGEROUSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Légende **V** Vert **J** Jaune **O** Orange **R** Rouge

Exploration des critères

Travail sur l'ambivalence et le repositionnement

Planification du suicide

Pas de planification **V** **J** **O** **R**

Passage à l'acte imminent/en cours

Idéation	
Planification	
Préparatifs	

Tentative de suicide

Aucune tentative **V** **J** **O** **R**

Tentative récente

Combien		Quand est la dernière	
Contexte			
Perception actuelle			

Capacité à espérer un changement

Capacité à espérer un changement **V** **J** **O** **R**

Grand désespoir

Raison de vivre/espoir	

Usage de substances

Consomme peu ou pas **V** **J** **O** **R**

Abus grave de substances

Intoxication actuelle	
Détails	

Capacité à se contrôler

Contrôle **V** **J** **O** **R**

Forte impulsivité

Perception de contrôle de l'utilisateur	
Observations	

Nom :

N° dossier :

ESTIMATION DE LA DANGEROUSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE (suite)

Exploration des critères

Travail sur l'ambivalence et le repositionnement

Présence de proches

Présence
d'un proche

V	J	O	R
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seul(e) et
isolé(e)

Habite avec	
Liens affectifs/filet	

Capacité à prendre soin de soi

Prend soin
de lui/d'elle

V	J	O	R
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se laisse
aller

Sommeil	
Alimentation	
Médication	
Suivi	

Plan d'action établi avec la personne

ESTIMATION
FINALE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Enjeux/moments critiques à venir

Prescription(s) pour se protéger ou investir sa vie

Absence d'indice de danger (V)	Indice de danger (faible) (J)	Danger grave à court terme (O)	Danger grave et imminent (R)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--

--

Information(s) supplémentaire(s)

--

État à la fin Se calme Collabore Agité Agressif Inquiétant

SIGNATURE

Date _____ Signature _____ Profession _____
aaaa/mm/jj

© SAM et CDC-IUD (modifications interdites) - À utiliser avec la pondération)