Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60436

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

REPÉRAGE DU RISQUE SUICIDAIRE

Signes de détresse	Moments critiques

VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IDÉES SUICIDAIRES		
Pensez-vous au suicide actuellement?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Avez-vous pensé au suicide dans les derniers mois?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Avez-vous fait une tentative de suicide dans la dernière année?	☐ **OUI**	☐ **NON**
	☐ **Repérage positif**	☐ **Repérage négatif**

EXPLORER LA PRÉSENCE D'INDICATEURS					
1	**Scénario de suicide (COQ)**	☐Aucun		☐ Partiel ou complet et non imminent (+ de 48 h)	☐ Complet et imminent (- 48 h)
	Description du scénario				
2	**Intoxication**	☐ Non		☐ Intoxiqué mais discours cohérent	☐ Intoxiqué et discours incohérent. Attention médicale requise
	Description de l'intoxication				
3	**Impulsivité**	☐ Non		☐ Impulsif mais en contact avec la réalité	☐ Perte de contrôle ou de contact avec la réalité
	Description de l'impulsivité				
4	**Réseau mobilisé**	☐ Oui		☐ Non	
	Description du réseau				
5	**Ouverture à recevoir de l'aide**	☐ Oui		☐ Non	

Nom, prénom : #Dossier :

VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IDÉES SUICIDAIRES			
Pensez-vous au suicide actuellement?		☐ **OUI**	☐ **NON**
	Description de l'ouverture		

DÉTERMINER LES MESURES DE PROTECTION REQUISES				
Mesures de protection	**4 ou 5 indicateurs**	**1 indicateur**	**2 indicateurs ou +**	**1 indicateur ou +**
	☐ **Normales**		☐ **Étroites**	☐ **Constantes**

REFUS DE SERVICE	
Raison du refus de service	
Démarches entreprises	

APPLIQUER LES MESURES DE PROTECTION	
Mesures générales	☐ **Mobiliser un proche adulte (parent si 18 ans et -)** **Nom :** **Coordonnées :** ☐ **Consent à ce que l'on implique un proche/avise un parent** ☐ **Si 18 ans et -, parent avisé sans le consentement**.
	☐ **Retirer l'accès au moyen** ☐ **Vérifier l'accès aux armes à feu (même s'il ne s'agit pas du moyen identifié)** **Démarches :**
	☐ **Informer des ressources 24/7** **Coordonnées :**
	Autres actions :

	MESURES NORMALES	MESURES ÉTROITES	MESURES CONSTANTES
Mesures spécifiques	**Référence pour une intervention complète <u>dans les 72 heures</u>** **Précisions :**	**Référence pour une intervention complète <u>dans les 24 à 48 heures</u>** **Précisions :**	**Référence pour une intervention complète <u>dans les plus brefs délais</u>** **Précisions :**
		Filet de sécurité mis en place avec la personne :	**Autres actions (ex : appel au 911) :**

VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IDÉES SUICIDAIRES			
Pensez-vous au suicide actuellement?		☐ **OUI**	☐ **NON**
Mesures en centres hospitaliers/hébergement		**Surveillance toutes les 15 minutes** **Précisions :**	**Surveillance constante** **Précisions :**
		Retrait des objets dangereux dans le respect de la dignité de la personne **Précisions :**	**Retrait des objets dangereux dans le respect de la dignité de la personne** **Précisions :**
			Autres actions (ex. : hospitalisation) :

FACTEURS DE PROTECTION	
Raisons de vivre	
Moments d'exception	
Futur souhaité	
Forces	

CONCLUSION DE L'INTERVENTION	
Filet de sécurité	

NOTES

Signature et titre : _____ **Date :** _____

aaaa-mm-jj