



**REEMPLIR ET RETOURNER**

télécopieur : 819 757 4598 ou courriel : [administration@besoinaide.ca](mailto:administration@besoinaide.ca)

**IMPORTANT vous devez appeler au 819 856 7882 afin d'informer notre service de crise de votre demande**

# DEMANDE DE FILET DE PROTECTION

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ de la **mise en place** du filet de protection

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ de la **fin** du filet de protection

Fréquence des appels : Aux... 6 h  12 h  24 h  48 h  72 h  96 h  Autre

Nous allons retourner directement par télécopieur ou par courriel ce rapport, svp indiquez vos coordonnées de télécopieur ou l'adresse courriel :

Identification du référant :

Nom \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Identification de la personne suicidaire :

Nom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_ Sexe F  M

Téléphone \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Personne-ressource : Nom \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Urgence suicidaire de l'individu selon vous présentement : \_\_\_\_\_

**Problèmes/description de la situation (Ciblez précisément ce que la LITPSAT doit vérifier lors des contacts téléphoniques)**

**Situation de vie**N/I Vit seul Vit chez ses parents Vit avec mère seulement Vit avec père seulement Vit avec autres personnes Vit séparé, veuf, divorcé Vit avec conjoint seulement Vit avec enfants seulement Vit avec conjoint et enfants Détenu(e) Autre  \_\_\_\_\_**Occupation**N/I Travail Arrêt de travail Chômage Sans emploi Bénéficiaire AS Étudiant Retraité Autre  \_\_\_\_\_**Réseau social et familial**

La personne vit un isolement social : Réel : oui n non

Perçu : oui non N/I **Symptômes**Tristesse Découragement Insomnie Agitation Autre  \_\_\_\_\_- Sous l'influence de :L'alcool Drogues Médicaments Autre  \_\_\_\_\_**Pertes**N/I Séparation Divorce Rupture amoureuse Bris de relation Décès Décès par suicide Emploi Santé Autres  \_\_\_\_\_**Signes précurseurs**N/I Dons d'objets Messages directs Messages indirects Changement brusque Insomnie/hypersomnie Perte d'appétit ou l'inverse Mention de voyage/départ Mention de testament Autre  \_\_\_\_\_

**Profil**

- 1. Homme avant 50 ans
- 2. Femme 35 à 54 ans
- 3. Statut : Célibataire  Séparé  Divorcé  Veufs marginalisés
- 4. Appartenance aux groupes suivants : Autochtones  Prisonniers récents  Jeunes à problèmes multiples
- 5. Présence d'idéations suicidaires occasionnelles intenses ou idées suicidaires continues
- 6. Antécédents suicidaires (personnes ayant fait une tentative et ayant été référées en psychiatrie)
- 7. Parenté de premier degré avec une personne suicidée
- 8. Accumulation de pertes antérieures non résolues et/ou histoire personnelle chargée
- 9. Abus antérieur ou actuel d'alcool, de drogue, de médicaments ou jeux
- 10. Faible estime de soi ou auto-évaluation négative
- 11. Isolement social (absence de réseau social, manque d'habiletés sociales, peu de ressources)
- 12. Antécédents psychiatriques (dépression, psychose, suivi psychiatrique)

**TOTAL :** \_\_\_\_\_/12

**Processus suicidaire**

Idéations suicidaires : Oui  Non  Planification : Oui  Non   
Où \_\_\_\_\_  
Quand \_\_\_\_\_  
Comment \_\_\_\_\_

**Tentatives suicidaires antérieures**

Au cours des dernières 48 heures   
Au cours de la dernière semaine   
Au cours du dernier mois   
Au cours de la dernière année   
Plus de 2 ans   
Précisez : \_\_\_\_\_

**Moyens**

Pendaison   
Intoxication   
Arme à feu   
Asphyxie   
Objet coupant   
Autres  \_\_\_\_\_

**Menace homicide / ou autre menace** (aviser les autorités s'il y a danger)

Oui  Envers qui \_\_\_\_\_ Non  N/I

**Aide actuelle et antérieure**

**Actuelle :**

Médecin

**Antérieure :**

Médecin

Psychiatre

Psychologue

TS

Organisme

Autre  \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

Psychiatre

Psychologue

TS

Organisme

Autre  \_\_\_\_\_

#### **Médication**

N/I  Aucune  Médication actuelle \_\_\_\_\_

#### **Problème d'alcool**

N/I  Aucun

12 consommations et moins

12 consommations et plus

Problème actuel  Suivi

Problème antérieur  Suivi

#### **Problème de drogue**

N/I  Aucun

Substance : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

Problème actuel  Suivi

Problème antérieur  Suivi

#### **Problème de jeux**

N/I  Aucun

Fréquence : \_\_\_\_\_

Problème actuel  Suivi

Problème antérieur  Suivi

- Procédures :** 1) Remplissez le questionnaire directement sur votre ordinateur, le sauvegarder;  
2) Expédiez le questionnaire par télécopieur : 819 757 4598 ou par courriel : admin@besoinaide.ca;  
3) Appelez **Besoin d'aide 24/7**, au 819 856 7882 pour confirmer la réception de votre demande;  
4) Remettre le numéro de **Besoin d'aide 24/7**, 1 866 277 3553, à l'individu en suivi, afin qu'il puisse nous contacter 24h/24 au besoin,  
5) Rappelez au 819 819 856 7882 à la fin du filet de protection;

**Nous enverrons le rapport du suivi au numéro de télécopieur ou à l'adresse courriel inscrit à la première page, de la première section.**

\_\_\_\_\_  
Intervenant référant

\_\_\_\_\_  
Titre ou profession

\_\_\_\_\_  
Personne suicidaire (si plus de 14 ans)

\_\_\_\_\_  
Parent de la personne suicidaire (si moins de 14 ans)

\_\_\_\_\_  
Intervenant prévention suicide

\_\_\_\_\_  
Date et heure de la réception de la demande

**Résumé:**

Pour usage interne -Ne pas remplir -