



## REPLIR À **L'ORDINATEUR** ET RETOURNER

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

**IMPORTANT** allez lire la **procédure du fonctionnement pour les filets de protection** qui se trouve à la toute fin du formulaire

# 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  nonPerçu : oui   nonN/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

\_\_\_\_\_  
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 -

**Procédures :**

- 1) Envoyez le formulaire de demande de filet de protection par télécopieur ou courriel**
- 2) Appelez pour confirmer la réception de la demande**
- 3) Si après 5 min, pas de réponse, envoyez un message texte SMS au 819-856-7882 (intervenant de crise) spécifiant qu'une demande de filet de protection a été envoyée, dès que l'intervenant sera disponible, il vous enverra une confirmation de votre demande.**

**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**