



REPLIR À L'ORDINATEUR ET RETOURNER

télécopieur : 819 757 4598 ou courriel : administration@besoinaide.ca

IMPORTANT : allez lire la procédure pour le fonctionnement du filet 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 vieN/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. Remplir le questionnaire directement sur votre ordinateur ;**
- 2. Envoyer le formulaire de *filet de protection* par télécopieur ou par courriel ;**
- 3. Téléphoner pour confirmer la réception de la demande ;**

- Si après 5 minutes vous n'avez pas de réponse, il faut envoyer un message texte SMS au 819-856-7882 (intervenant de crise) ou un courriel à administration@besoinaide.ca en spécifiant qu'une demande de *filet de protection* a été envoyée et que vous souhaitez avoir une confirmation de réception de notre part. Dès qu'un intervenant de Besoin d'aide 24/7 sera libre, il vous confirmera la réception du document.

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 -