

<b>DEMANDE DE SERVICES HARMONISÉE MCQ</b> <b>Centre de prévention suicide (CPS)</b>			
Nom et prénom à la naissance			
Nom actuellement utilisé			
Adresse actuelle de l'utilisateur			
Date de naissance		Numéro de téléphone	
Sexe		Autorisation de laisser un message	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> NB	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

MILIEU DE VIE			
Seul (e) <input type="checkbox"/>	Avec conjoint (e) <input type="checkbox"/>	RNI <input type="checkbox"/>	CHSLD <input type="checkbox"/>
Avec parent (s) <input type="checkbox"/>	Avec enfant (s) <input type="checkbox"/>	Résidence privée <input type="checkbox"/>	Résidence d'accueil <input type="checkbox"/>
Responsable (s'il y a lieu)		Téléphone	

SERVICE(S) DEMANDÉ(S)	
<input type="checkbox"/> Le proche doit être outillé (le proche est mobilisé pour assurer la sécurité) Nom du proche et coordonnées :	
<input type="checkbox"/> Estimation de la dangerosité	<input type="checkbox"/> Relance téléphonique
<input type="checkbox"/> Endeillé (e) par suicide	<input type="checkbox"/> Soutien clinique

PRISE DE CONTACT (S'IL Y A LIEU)			
Date de la relance	Heure de la relance	Protocole de sécurité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Relance inversée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>Description de la situation, du plan de sécurité, du filet de sécurité mis en place et de l'objectif de la référence</b>

RÉFÉRENT			
Nom et prénom du référent	Profession	Établissement	Courriel
Télécopieur	Date de la référence	Signature du référent	
Par la présente, l'utilisateur (de 14 ans et plus ou le titulaire de l'autorité parentale) consent à l'envoi de la demande de services au CENTRE DE PRÉVENTION SUICIDE et consent à participer à l'évaluation de la demande. L'utilisateur peut en tout temps retirer son consentement, et ce, verbalement ou par écrit. L'utilisateur est également avisé que la relance téléphonique est un service volontaire et qu'il ne peut être contraint d'aucune façon à accepter ce service.			
Signature de l'utilisateur	Date	En l'absence de signature de l'utilisateur, j'atteste que ce dernier a fourni son consentement verbal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ESTIMATION DE LA DANGEROSITÉ DU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE (Annexer tout document pertinent)				
<b>PLANIFICATION DU SUICIDE</b>	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> R
Moyen	Lieu	Quand		
<input type="checkbox"/> Peut se préciser rapidement	<input type="checkbox"/> Présence d'armes à feu	<input type="checkbox"/> Moyen accessible		
<b>TENTATIVE DE SUICIDE</b>	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> R
Date de la dernière tentative	<input type="checkbox"/> Historique de tentatives	<input type="checkbox"/> Similarités		
<input type="checkbox"/> Soulagement	<input type="checkbox"/> Fâché (e) / déçu (e)	<input type="checkbox"/> Ambivalence		
<b>CAPACITÉ À ESPÉRER UN CHANGEMENT</b>	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Pensées rigides	<input type="checkbox"/> Se projette dans l'avenir	<input type="checkbox"/> Grand désespoir		
Raisons de vivre				
<b>USAGE DE SUBSTANCES</b>	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> R
<input checked="" type="checkbox"/> Pattern stable	<input type="checkbox"/> Down de stimulants	<input type="checkbox"/> Sevrage		
<input type="checkbox"/> Exacerbation	Type de substances			
<b>CAPACITÉ À SE CONTRÔLER</b>	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Agressions verbales	<input type="checkbox"/> Agressions (objets)	<input type="checkbox"/> Automutilation		
<input type="checkbox"/> Hétéroagressivité physique	<input type="checkbox"/> Risque d'homicide	<input type="checkbox"/> Perte de contrôle		
JOINDRE LE RAPPORT D'ESTIMATION ET DE GESTION DU RISQUE D'HOMICIDE SI RISQUE PRÉSENT				
<b>PRÉSENCE DE PROCHES</b>	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Usager seul au domicile	<input type="checkbox"/> Perception de fardeau	<input type="checkbox"/> Réseau de soutien		
<i>Pour être considéré comme un proche pouvant assurer la sécurité, ce dernier doit être majeur (18 ans et plus) et être au courant de la présence d'idées suicidaires.</i>				
<b>CAPACITÉ À PRENDRE SOIN DE SOI</b>	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Adhère au traitement	<input type="checkbox"/> Respect de la posologie	<input type="checkbox"/> Altération AVQ/AVD		
<input type="checkbox"/> Quitte structure encadrante	<input type="checkbox"/> Altération sommeil	<input type="checkbox"/> Altération appétit		
<b>ESTIMATION FINALE DE LA DANGEROSITÉ</b>	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Retrait du moyen	<input type="checkbox"/> Mobilisation des proches	<input type="checkbox"/> Plan d'action		
<input type="checkbox"/> Suivi étroit	Référence effectuée pour une prise en charge Qui :			

Pour compléter la demande de services, prière de la faire parvenir par courriel ou télécopieur au CPS desservant votre territoire. Par la suite, prière de téléphoner directement à l'organisation. **Prière de noter qu'une demande de services ne sera acceptée si le référent n'a pas téléphoné au Centre de prévention suicide pour confirmer la réception.**

**CPS ACCALMIE**

Mauricie | Bécancour-Nicolet-Yamaska (BNY)  
Courriel : intervention@preventiondusucide.com  
Télécopieur : 819 840-0551  
Téléphone : 819 379-9238

**CEPS DRUMMOND**

Centre-du-Québec | Drummond  
Courriel : intervention@cepsd.ca  
Télécopieur : 819 478-8210  
Téléphone : 819 477-8855

**CPS ARTHABASKA-ÉRABLE**

Centre-du-Québec | Arthabaska et Érabie  
Courriel : rapports@cpsae.ca  
Télécopieur : 819 806-2831  
Téléphone : 819 751-2205