



\*SM01183\*



\*HOPITAL06C\*

## Évaluation continue

### NIVEAUX D'URGENCE SUICIDAIRE\*

L'idée est de plus en plus présente

<b>LÉGER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>État de vulnérabilité</li> <li>Anxieux mais calme</li> <li>Pas d'idée suicidaire</li> </ul>	<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>État de vulnérabilité</li> <li>Anxieux mais en contrôle</li> <li>Idées suicidaires passagères (flash)</li> </ul>	<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déséquilibre partiel</li> <li>Idées suicidaires quelques fois par semaine</li> <li>Espoir en l'avenir</li> <li>Accepte l'aide</li> </ul>	<b>3</b>
--------------	--	----------	---	----------	---	----------

Le plan suicidaire est de plus en plus précis (Comment, Où, Quand -> COQ)

<b>MODÉRÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>COQ prend de plus en plus forme</li> <li>État de déséquilibre</li> <li>Idées suicidaires quotidiennes</li> <li>Planification incomplète</li> <li>Ambivalence</li> </ul>	<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>COQ dans plus de 48 heures</li> <li>État de déséquilibre</li> <li>Obnubilé par le suicide</li> <li>Tous les éléments du plan sont fixés</li> <li>Ambivalence diminuée</li> </ul>	<b>5</b>
---------------	--	----------	---	----------

L'idée est de plus en plus présente

<b>ÉLEVÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>COQ dans moins de 48h</li> <li>Agité ou coupé de ses affects</li> <li>Planification complète</li> <li>Moyen disponible</li> </ul>	<b>6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>COQ dans l'immédiat</li> <li>Agité ou coupé de ses affects</li> <li>Moyen disponible</li> </ul>	<b>7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tentative en cours</li> <li>Intervention médicale requise</li> </ul>	<b>8</b>
--------------	--	----------	--	----------	---	----------

#### CONSIGNES

- **NIVEAU ÉLEVÉ** -> réévaluer à chaque début de quart et au besoin
- **NIVEAU MODÉRÉ** -> réévaluer à chaque 24 h et au besoin
- **NIVEAU LÉGER** -> au besoin

Pour chaque changement de niveau, communiquer à l'équipe soignante le niveau de surveillance requis (inscrire vos initiales dans le carré du niveau identifié).

Nom :

Prénom :

# Dossier :

ANNÉE : \_\_\_\_\_

NIVEAUX	JOUR / MOIS	/ / / / / / / / / / / / / / / /												
	HEURES													
8														
7														
6														
5														
4														
3														
2														
1														

ANNÉE : \_\_\_\_\_

NIVEAUX	JOUR / MOIS	/ / / / / / / / / / / / / / / /												
	HEURES													
8														
7														
6														
5														
4														
3														
2														
1														

ANNÉE : \_\_\_\_\_

NIVEAUX	JOUR / MOIS	/ / / / / / / / / / / / / / / /												
	HEURES													
8														
7														
6														
5														
4														
3														
2														
1														

Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales
Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales
Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales
Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales

\* Adapté du "Programme accrédité de formation intervenir en situation de crise suicidaire"  
 © Tous droits réservés, Association québécoise de prévention du suicide, 2003.