

adressographe

**FEUILLE D'ÉVALUATION
DU RISQUE DE SUICIDE**
Clinique sur la colère et la toxicomanie

Nom du client/patient : _____ Dossier médical n° _____
 Nom du thérapeute : _____ Date : _____
 (jj/mm/année)

**Encerclez Oui ou Non
(Si oui, précisez)**

- | | | |
|----|---|---------|
| 1. | Idéation suicidaire grave | Oui Non |
| | _____ | |
| | _____ | |
| 2. | Menaces de suicide crédibles | Oui Non |
| | _____ | |
| | _____ | |
| 3. | Planification ou préparation du suicide | Oui Non |
| | _____ | |
| | _____ | |
| 4. | Lettre de suicide rédigée ou en cours de rédaction | Oui Non |
| | _____ | |
| | _____ | |
| 5. | Méthodes possibles ou facilement applicables | Oui Non |
| | _____ | |
| | _____ | |
| 6. | Précautions pour éviter d'être découvert ou secouru ;
tromperie ou dissimulation concernant le moment, le lieu, etc. | Oui Non |
| | _____ | |
| | _____ | |
| 7. | Allusions à sa propre mort ; dispositions en vue de son décès | Oui Non |
| | _____ | |
| | _____ | |
| 8. | Antécédents de tentatives de suicide avec circonstances
déclencheuses très similaires | Oui Non |
| | _____ | |
| | _____ | |
| | _____ | |
| | _____ | |



Nom du client/patient : _____ Dossier n° : _____

- 9. Perturbation ou perte d'une relation interpersonnelle récente ;
changements négatifs du milieu lors du mois précédent ;
sortie récente d'un hôpital psychiatrique Oui Non

- 10. Isolement Oui Non

- 11. Indifférence ou insatisfaction d'un patient hospitalisé
vis-à-vis de son traitement ; fugues et retours précoces
de ses laissez-passer Oui Non

- 12. Soins médicaux récents Oui Non

- 13. Changement clinique brutal, négatif ou positif Oui Non

- 14. Sentiment actuel de désespoir, de colère ou les deux Oui Non

- 15. Agitation dépressive, anxiété grave, crises de panique,
changements d'humeur graves Oui Non

- 16. Consommation d'alcool Oui Non

- 17. Consommation de drogue Oui Non
