

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 ;<br>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<br>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  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

adressographe

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier médical n° : \_\_\_\_\_

Évaluation du risque

---

---

---

Plan de gestion du risque

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Superviseur (le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
Nom et titres (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom et titres (en lettres moulées)