



EST40143

N° Dossier:

Date naissance:

Sexe:

Nom, Prénom:

Nom de la mère:

Adresse:

Téléphone:

NAM:

Expiration :

## GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PERSONNE À RISQUE SUICIDAIRE (GERIS)

		NIVEAUX DE RISQUE			
V =Vert J =Jaune O =Orange R=Rouge		Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)
<b>Urgence suicidaire</b>	<b>Idées suicidaires</b>	Aucune	1 fois par semaine ou moins	2 à 5 fois par semaine	Tous les jours ou presque, ou plusieurs fois / jour
	<b>Durée des idées</b>	Aucune	Brièvement, moins d'une heure	1 à 8 heures	Plus de 8 heures ou continuellement
	<b>Intention suicidaire</b>	Aucune intention	Souhaite parfois mourir	Souhaite souvent mourir	Déterminé à mourir
	<b>Planification</b>	N'a aucun plan	Pense à un moyen, un lieu ou un moment sans intention de passer à l'acte	A choisi un moyen, un lieu. Moment au-delà de 24h ou imprévisible. Préparatifs	Plan complet et imminent (d'ici 24h)
	<b>Obsession des idées</b>	Capable de chasser ses pensées/idées	Peu ou certaines difficultés à chasser ses pensées / idées	Beaucoup de difficulté à chasser ses pensées / idées	Incapable de chasser ses pensées / idées <b>Hallucinations mandatoires</b>
	<b>Tension émotive</b>	Est / Se sent détendu	Est / Se sent un peu ou parfois tendu	Est / Se sent souvent tendu, déplaisant mais supportable	Est / Se sent toujours tendu, insupportable
	<b>Capacité à accepter de l'aide</b>	Agit de façon à recevoir de l'aide	Légère réticence à recevoir de l'aide, distant	Réticence modérée, garde de l'information	Refuse l'aide, mutisme
<b>Dangerosité</b>	<b>Létalité du moyen</b>	Sans objet	Peu probable d'entraîner des blessures	Probabilité d'entraîner des blessures majeures	Probabilité élevée d'entraîner la mort
	<b>Accès au moyen</b>	Aucun	Difficile	Envisageable, réalisable	Direct, à portée de main

Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. (2018). Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS). CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

3950040143

(Rév. : 2022-09-27)

**GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PERSONNE À RISQUE SUICIDAIRE (GERIS)**

Page 1 de 4

Nom de l'utilisateur :		N° dossier :	
V = Vert J = Jaune O = Orange R = Rouge			
FACTEURS ADDITIONNELS			
<b>Description du plan :</b>			
<b>Signes avant-coureurs :</b> <input type="checkbox"/> Message d'adieu <input type="checkbox"/> Documents légaux (Testament) <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Dons des biens <input type="checkbox"/> Rémission spontanée, euphorie <input type="checkbox"/> Autres : _____			
<input type="checkbox"/> <b>Tentatives de suicide antérieures</b> Nombre : _____		<input type="checkbox"/> <b>Faible (J)</b> Il y a plus de 1 an	<input type="checkbox"/> <b>Modéré (O)</b> Entre 2 mois et 1 an
<input type="checkbox"/> <b>Tentative de suicide récente :</b>		<input type="checkbox"/> Honte, déçu(e), fâché(e) d'être en vie <input type="checkbox"/> Désire répéter le geste <input type="checkbox"/> Autres : _____	
<input type="checkbox"/> Idées suicidaires antérieures		Nombre : _____	
<input type="checkbox"/> Gestes autodestructeurs / automutilations		Nombre : _____	
Date (AAAA / MM / JJ)	Événement(s) précipitant(s)	Moyen(s)	
Facteurs / événements précipitants (proximaux)		Facteurs contributifs et prédisposants (développementaux et distaux)	
<input type="checkbox"/> Symptômes ou trouble de santé mentale :		<input type="checkbox"/> Déficits cognitifs <input type="checkbox"/> Anxiété élevée <input type="checkbox"/> Abus de substances et autres dépendances	
<input type="checkbox"/> Augmentation récente de la consommation		<b>Histoire ou conditions de vie difficiles :</b>	
<input type="checkbox"/> Maladie physique / invalidante (ex.: cancer, douleur chronique) :		<input type="checkbox"/> Abus ou négligence dans l'enfance <input type="checkbox"/> Mère adolescente <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Monoparentalité <input type="checkbox"/> Violence <input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Autres : _____	
<b>Événements ou conditions de vie difficiles :</b>		<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de suicide :	
<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Rupture <input type="checkbox"/> Abus <input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Humiliation <input type="checkbox"/> Culpabilité <input type="checkbox"/> Honte <input type="checkbox"/> Difficultés financières <input type="checkbox"/> Perte ou deuil récent <input type="checkbox"/> Circonstances périnatales <input type="checkbox"/> Conflits relationnels <input type="checkbox"/> Conflits juridiques <input type="checkbox"/> Intimidation <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____		<b>Population vulnérable :</b>	
		<input type="checkbox"/> LBGTQ2+ <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Minorité ethnique <input type="checkbox"/> Détenu, ex-détenu <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Itinérance <input type="checkbox"/> Adolescent <input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle-Autisme <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____	
<b>Facteurs de protection</b> Qu'est-ce qui aide, peut aider ?			
<b>Éléments dissuasifs, forces :</b> <input type="checkbox"/> Identifie des raisons de vivre <input type="checkbox"/> Grande spiritualité <input type="checkbox"/> Soutien social perçu comme significatif / soutenant <input type="checkbox"/> Croit que le suicide est immoral <input type="checkbox"/> Famille ou réseau impliqué et se tient responsable : ► <b>Nom :</b> _____ ► <b>Lien :</b> _____   <b>Coordonnées :</b> _____			
<input type="checkbox"/> Peur de la mort ou de mourir en douleur et souffrance		<input type="checkbox"/> Engagé dans son travail ou à l'école	
<input type="checkbox"/> Autres : _____			
<b>Signature de l'intervenant/professionnel :</b>			<b>Date :</b> ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Nom de l'utilisateur :								N° dossier :					
V = Vert J = Jaune O = Orange R = Rouge													
Date (AAAA/MM/JJ) :													
Heure (HH/MM) :													
<b>Niveaux de risque</b>	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)	
Idées suicidaires													
Durée des idées													
Intention suicidaire													
Planification													
Obsession des idées													
Tension émotionnelle													
Accepter de l'aide													
Létalité													
Accès au moyen													
Facteurs additionnels													
<b>Niveau de risque global</b>													
Signature													

V = Vert J = Jaune O = Orange R = Rouge													
Date (AAAA/MM/JJ) :													
Heure (HH/MM) :													
<b>Niveaux de risque</b>	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)	
Idées suicidaires													
Durée des idées													
Intention suicidaire													
Planification													
Obsession des idées													
Tension émotionnelle													
Accepter de l'aide													
Létalité													
Accès au moyen													
Facteurs additionnels													
<b>Niveau de risque global</b>													
Signature													

Jour / Mois (JJ/MM) :												
Heure (HH/MM) :												
Élevé (R)												
Modéré (O)												
Faible (J)												
Absent (V)												
Initiales												

Nom de l'utilisateur :								N° dossier :					
V = Vert J = Jaune O = Orange R = Rouge													
Date (AAAA/MM/JJ) :													
Heure (HH/MM) :													
Niveaux de risque	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)	
Idées suicidaires													
Durée des idées													
Intention suicidaire													
Planification													
Obsession des idées													
Tension émotionnelle													
Accepter de l'aide													
Létalité													
Accès au moyen													
Facteurs additionnels													
Niveau de risque global													
Signature													

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

V = Vert J = Jaune O = Orange R = Rouge												
Date (AAAA/MM/JJ) :												
Heure (HH/MM) :												
Niveaux de risque	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)	Absent (V)	Faible (J)	Modéré (O)	Élevé (R)
Idées suicidaires												
Durée des idées												
Intention suicidaire												
Planification												
Obsession des idées												
Tension émotionnelle												
Accepter de l'aide												
Létalité												
Accès au moyen												
Facteurs additionnels												
Niveau de risque global												
Signature												

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Jour / Mois (JJ/MM) :												
Heure (HH/MM) :												
Élevé (R)												
Modéré (O)												
Faible (J)												
Absent (V)												
Initiales												