



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)
Urgence suicidaire	Idées suicidaires	Aucune	1 fois par semaine ou moins	2 à 5 fois par semaine	Tous les jours ou presque, ou plusieurs fois / jour
	Durée des idées	Aucune	Brièvement, moins d'une heure	1 à 8 heures	Plus de 8 heures ou continuellement
	Intention suicidaire	Aucune intention	Souhaite parfois mourir	Souhaite souvent mourir	Déterminé à mourir
	Planification	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)
	Obsession des idées	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 Hallucinations mandatoires
	Tension émotive	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
	Capacité à accepter de l'aide	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
Dangerosité	Létalité du moyen	Sans objet	Peu probable d'entraîner des blessures	Probabilité d'entraîner des blessures majeures	Probabilité élevée d'entraîner la mort
	Accès au moyen	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			
Description du plan :			
Signes avant-coureurs : <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"/> Tentatives de suicide antérieures Nombre : _____		<input type="checkbox"/> Faible (J) Il y a plus de 1 an	<input type="checkbox"/> Modéré (O) Entre 2 mois et 1 an
		<input type="checkbox"/> Élevé (R) Il y a moins de 2 mois	
<input type="checkbox"/> Tentative de suicide récente : <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		Histoire ou conditions de vie difficiles : <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 : _____	
<input type="checkbox"/> Maladie physique / invalidante (ex.: cancer, douleur chronique) :		<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de suicide :	
Événements ou conditions de vie difficiles :			
<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 : _____		Population vulnérable : <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 : _____	
Facteurs de protection Qu'est-ce qui aide, peut aider ?			
Éléments dissuasifs, forces : <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 : ► Nom : _____ ► Lien : _____ Coordonnées : _____			
<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 : _____			
Signature de l'intervenant/professionnel :			Date : 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) :													
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													

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													

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												