

02.

AIRE DE CIVIÈRE

Prise en charge, surveillance, responsabilités des
intervenants, documentation



ORIENTATION SUR CIVIÈRE

Feuille de triage CITE DE LA SANTE DE LAVAL

Arrivée 2022-07-05 11:18
Orient. départ

Med-Urgé

Niveau		PATIENT	
2		Nom	GIRARD, ANNABELLE
NAM	Dossier	DDM	2001-02-29
	TMPO00004	Âge	21
		Taille	167 cm
		Sexe	F
		Poids	64.864 kg
Mode d'arrivée		Ambulance, Non Accompagné (DDM)	
Destination		Civière	

SV INITIAUX	
TA 119/76	SpO2 100 % AA
FC 111 REG	% Brûl.
FR 20 NORM	DDM
T°C 36.8 B	Tétanos

INFECTION S / ALARMES	
ANTÉCÉDENTS	PLAINTES
<ul style="list-style-type: none"> Aucun antécédent Aucune allergie autre connue Aucune allergie aux médicaments 	Triage initial : Psychosociale & Santé mentale (4)Anxiété / crise situationnelle - 12:03 CHICANE AVEC SES PARENTS (4)Anxiété / agitation légère - 12:03 (4)Idées suicidaires - 12:03 (2)Idées suicidaires actives - 12:03 (2)Plan suicidaire clair - 12:03 (2)Risque possible ou danger si fuite - 12:03 (6) DE MEME QUE CES SIGNES/SYMPÔME S/HISTOIRE ASSOCIÉS : - 12:03 (5)Symptômes dépressifs - 12:03 (5)Colère - 12:03
TRIAGE-RÉ-ÉVALUATION(S)	DOULEUR/LOCALISATION
12:02 - Triage 44' (2) ERAZOLA, MARIE-LYNE	
INTERVENTION(S)	NOTES DU TRIAGE
*Détection du risque suicidaire fait -> Positif - 11:59	P38 accompagnée des policiers
ÉVOLUTION	
MÉDICAMENTS (U)=Usuel	

* Liste complète *
** Méd. usuel **
CITALOPRAM 20MG CELEXA 1 co COMPRIME [PO DIE] (U)

Suite au triage, la détection du risque suicidaire est positive. Étant donné que Annabelle est amenée en P38, l'infirmière du triage l'oriente vers le module C. Elle transmet le rapport à l'infirmière qui sera responsable de la prise en charge d'Annabelle, lui dit que l'usagère est à risque suicidaire et qu'elle est amenée en P38 donc, une surveillance PAB doit être débutée.

Les policiers accompagnent Annabelle jusqu'à sa civière, où une surveillance PAB est débutée.

Sexe Âge Prio. Délai Plainte Empl. MD Consult. Radio/E Labo Hospit Depuis Soins Plan

F	21	2	286%	PSYSP/AIRE	-	-	-	-	0:43	DSUI+ SUR
---	----	---	------	------------	---	---	---	---	------	-----------



Indique au M d que la détection est positive et qu'une surveillance est mise en place



PRISE EN CHARGE DU PATIENT



Infirmière

Évaluation

- Aviser PAB surveillance à débiter
- Évaluation globale d'admission
- Détection du risque suicidaire et complétion du formulaire

Médecin

Mise en garde préventive

- Max 72h
- Levée si md décide de la lever, si usager consent à rester à l'urgence pour évaluation psy, si délai expiré et aucun rapport psy, si tribunal ordonne la fin de la garde

Psychiatre

Consultation

- Décision de maintenir ou pas garde préventive
- Si refus d'éval. psy., demande au tribunal pour mise en garde provisoire

Préposé aux bénéficiaires

Surveillance

- Documentation sur le formulaire de surveillance

Inf. de liaison psy

Consultation

- Assiste psy dans évaluation des usagers, priorisation des consultations
- Complète documentation en lien avec les gardes
- Personne ressource



Détection du risque suicidaire aire d'observation

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lével

Québec

**USAGER À RISQUE SUICIDAIRE
DETECTION ET FILET DE SECURITE**

Installation :

DÉTECTION

1. Détection du risque suicidaire en 3 questions : cocher si **OUI**
 Idées suicidaires actuellement A pensé au suicide (derniers 3 mois) A fait une tentative dans la dernière année

2. Si détection faible ET négative : Cocher ici OUI faire note d'évolution

3. Si détection positive : OUI à au moins une des 3 questions, compléter la grille ci-dessous.

Scénario : Comment, Où, Quand (COQ) Non Partiel ou complet, non imminent (4-5)* Complet et imminent (6-8)**

Intoxication Non Oui/peu Oui/inconfort, attention médicale requise

Impulsivité Non Impulsif / contact avec la réalité Fronte de contact avec la réalité / perte de contrôle

Ouverture à recevoir de l'aide Oui Non

Filet de sécurité faible / présent Oui Non

Justification clinique :

Niveau global de risque Risque faible **2 ou +** **3 ou +**

Surveillance Recommandée Hospitalisation/Hébergement

Régulière	2 ou + G1: 24h Unités, et 15 min Dépend, 1 à 4 Sous P30 pour sites suicidaires, 1 à 4	3 ou + G1: Constante Unités et urgence, 1 à 1 Prescription médicale ou accord du supérieur
-----------	--	--

REÉVALUATION : lors de changements de situation, si hospitalisation ou hébergement : aux 24 heures pendant l'épisode suicidaire (par formulaire 42-200-266)

Interventions et surveillance :

Conduites à tenir (CAT)
(Pour tous sauf si précisé autrement)
A quitter et modifier au besoin ou selon jugement clinique

<input type="checkbox"/> Surveiller changement de l'état général/comportement <input type="checkbox"/> Surveiller fonctionnement <input checked="" type="checkbox"/> Élaborer / actualiser P1, P2, P3 (voir P3) <input type="checkbox"/> Identifier/évaluer les risques potentiels <input type="checkbox"/> Mieux sur le fil de sécurité (voir 4) <input type="checkbox"/> Recommander Estimation de la dangerosité du usager à l'acte suicidaire par une personne formée (G1 - détail de 72 h)	<input type="checkbox"/> Tout ce qui se fait en Faible <input type="checkbox"/> G1: Suivre au protocole suicide 2+ niveau HOSPITALISATION/HEBERGEMENT <input type="checkbox"/> Hébergement rigide personnalisé <input type="checkbox"/> Limiter accès clés/dangerous <input type="checkbox"/> Si pertinent, port de la jaquette <input type="checkbox"/> Contact visuel alternatif q 10 EXTERNEAMBULATOIRE <input type="checkbox"/> Suivre pour Estimation complète de la dangerosité d'ici 24 h par professionnel formé <input type="checkbox"/> ou le consulter <input type="checkbox"/> Filet de sécurité obligatoire (voir 4) <input type="checkbox"/> Si professionnel absent: 311 option 2 (si entente - lors perturbation) <input type="checkbox"/> Réaliser Centre de Crise	<input type="checkbox"/> Tout ce qui se fait en Moyen <input type="checkbox"/> Aider l'usager à se calmer <input type="checkbox"/> Employer l'aussi aux objets dangereux <input type="checkbox"/> Surveiller lors des déplacements EXTERNEAMBULATOIRE <input type="checkbox"/> Réaliser pour Estimation complète de la dangerosité immédiate par professionnel formé <input type="checkbox"/> ou le consulter <input type="checkbox"/> Surveillance inexistante <input type="checkbox"/> Si professionnel non disponible: 311 option 2 (si entente - lors perturbation) <input type="checkbox"/> Appel 311
--	---	--

Accès au moyen Oui (présence et documents)* Non, N.A. (à venir à lui, contacter / à un double, /appeler 1.800.775-2000)

Tentative(s) de suicide antérieure(s) : Oui, indiquer date(s) : Non

De concertation par l'usager : Oui Non Période : _____ Initials : _____

Libellé avec * = note complémentation/justification clinique obligatoire

ES-200-568
Date: 2023-11-29
Dossier Médical

USAGER À RISQUE SUICIDAIRE DÉTECTION ET FILET DE SÉCURITÉ 1 de 2

Disponible pour impression dans MedUrge



**USAGER À RISQUE SUICIDAIRE
 DÉTECTION ET FILET DE SÉCURITÉ**

Installation :

DÉTECTION

1. Détection du risque suicidaire en 3 questions : cocher si OUI

Idées suicidaires actuellement A pensé au suicide dernièrement (3 derniers mois) A fait une tentative dans la dernière année

2. Si détection faite ET négative : Cocher ici OU faire note d'évolution

3. Si détection positive : oui à au moins une des 3 questions, compléter la grille ci-dessous.

Scénario : Comment, Où, Quand (COQ)	<input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partiel ou complet, non imminent (+48 h)*	<input type="checkbox"/> Complet et imminent (- de 48 h)*
Intoxication	<input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui/cohérent	<input type="checkbox"/> Oui/incohérent, attention médicale requise
Impulsivité	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Impulsif / contact avec la réalité	<input type="checkbox"/> Perte de contact avec la réalité / perte de contrôle
Ouverture à recevoir de l'aide	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	*Justification clinique :
Filet de sécurité fiable / présent	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Niveau global de risque	<input type="checkbox"/> Risque faible	<input checked="" type="checkbox"/> Risque moyen ✓ 2 ou +	<input type="checkbox"/> Risque élevé ✓ 1 ou +
Surveillance Recommandée Hospitalisation/Hébergement	Régulière	CJ : Étroite Unités : q 15 min Urgence : 1:4 Sous P-38 pour idées suicidaires : 1:4	CJ : Constante Unités et Urgence: 1:1 Prescription médicale ou accord du supérieur

REÉVALUATION : lors de changements de situation, si hospitalisation ou hébergement : aux 24 heures pendant l'épisode suicidaire (voir formulaire 62-200-266)

Même 3 questions qu'au triage

- Si détection négative on arrête
- Si détection positive on poursuit

5 facteurs permettent d'identifier le niveau de risque

Surveillances à effectuer

Réévaluation du risque



Ré-évaluation du niveau de risque

Centre intégré de santé et de services sociaux Québec

SUIVI DU RISQUE SUICIDAIRE
USAGER HOSPITALISÉ OU HÉBERGÉ

Installation : _____

À joindre obligatoirement au formulaire « 42-260-840 USAGER À RISQUE SUICIDAIRE DÉTECTION ET FILET DE SÉCURITÉ »

Arrivée :	mm/jj : _____ Heure : _____			mm/jj : _____ Heure : _____			mm/jj : _____ Heure : _____		
	Faible	Moyen	Élevé	Faible	Moyen	Élevé	Faible	Moyen	Élevé
Scénario (COQ)	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Intoxication									
Impulsivité									
Ouverture à recevoir de l'aide									
FILET DE SÉCURITÉ (date et présent)									
NEVEAU DE RISQUE	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A.								
Accès au moyen	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A.								
Signature	_____								
Nom (autres monnes), titre d'emploi	_____								
Informations supplémentaires/justification clinique : motif :	_____								
Heure :	_____								
Nom (autres monnes), titre d'emploi	_____								
Signature :	_____								
Arrivée :	mm/jj : _____ Heure : _____			mm/jj : _____ Heure : _____			mm/jj : _____ Heure : _____		
	Faible	Moyen	Élevé	Faible	Moyen	Élevé	Faible	Moyen	Élevé
Scénario (COQ)	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Intoxication									
Impulsivité									
Ouverture à recevoir de l'aide									
FILET DE SÉCURITÉ (date et présent)									
NEVEAU DE RISQUE	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A.								
Accès au moyen	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A.								
Signature	_____								
Nom (autres monnes), titre d'emploi	_____								
Informations supplémentaires/justification clinique : motif :	_____								
Heure :	_____								
Nom (autres monnes), titre d'emploi	_____								
Signature :	_____								

Libellé avec * = note complémentaire/justification clinique obligatoire ou note d'indication

42-200-260 SUIVI DU RISQUE SUICIDAIRE USAGER HOSPITALISÉ OU HÉBERGÉ 1 sur 1

- Ré-évaluer **5 facteurs seulement**
- Se fier au formulaire initial pour déterminer si risque faible – moyen - élevé



Interventions et surveillance :

Conduites à tenir (CAT) (Pour tous sauf si spécifié autrement)

À ajuster et modifier au besoin ou selon le jugement clinique

Surveiller changement de l'état général/ comportement

Surveiller l'environnement

Élaborer / actualiser :
PI, PSI, PII et/ou PTI

Identifier/réduire les risques potentiels

Miser sur le filet de sécurité (VERSO)

Recommander Estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire par une personne formée (CJ : délai de 72 h)

Tout ce qui se fait en **Faible**

CJ : Référer au protocole suicide 2^e niveau

HOSPITALISATION/HÉBERGEMENT

Récupérer objets personnels

Limiter accès objets dangereux

Si pertinent : port de la jaquette

Contact visuel aléatoire q 15

EXTERNE/AMBULATOIRE

Référer pour Estimation complète de la dangerosité d'ici 24 h par professionnel formé

ou le consulter

→ **Filet de sécurité obligatoire (VERSO)**

Si professionnel absent : 811 option 2 (si entente : ligne partenaires)

Référer Centre de Crise

Tout ce qui se fait en **Moyen**

Aider l'usager à se calmer

Empêcher l'accès aux objets dangereux

Surveiller lors des déplacements

EXTERNE/AMBULATOIRE

Référer pour Estimation complète de la dangerosité immédiate par professionnel formé

ou le consulter

→ **Surveillance constante**

Si professionnel non disponible : 811 option 2 (si entente : ligne partenaires)

Appel 911

Cocher les interventions et surveillances mises en place pertinentes pour l'urgence et selon votre jugement clinique

Accès au moyen

Oui (intervenir et documenter) * Non N.A. Si arme à feu, contacter **J'ai un doute, j'appelle** 1 800 731-4000

Tentative(s) de suicide antérieure(s) : Oui, indiquer date(s) : _____ Non

Dx connus/rapportés par l'usager : Oui Non Précisez : _____

Libellé avec * = note complémentaire/justification clinique obligatoire

Initiales : _____



Détection du niveau de risque

Centre intégré de santé et de services sociaux Québec

**USAGER À RISQUE SUICIDAIRE
DETECTION ET FICHÉ DE SÉCURITÉ**

L'usager consent à l'implication d'un proche Oui Non
Nom du proche : **Baino Tremblay (mère)** Coordonnées : **514-222-2222**

ENTOURAGE

Aucune démarche auprès du proche car... Aucune proche disponible Proche malade Proche indisponible pour ce rôle ou incapable en ce moment*
Démarches auprès du proche : Vérification faite si le proche de l'usager a des idées suicidaires Oui Non Moments critiques potentiels identifiés par le proche Oui Non

Informations supplémentaires / justification clinique : ***Présence d'un moment critique, usagère vient de vivre une rupture amoureuse**

FICHÉ DE SÉCURITÉ

Si entourage présent, aviser le proche : Oui Non
Risque suicidaire actuel de l'usager : Oui Non
Façon d'assurer la sécurité au domicile : Oui Non
Permanence de référence au Centre de crise : Oui Non

Aucun proche disponible après recherche : Oui Non
Informations supplémentaires / justification clinique :

AVANT TOUS LES DÉPARTS

Informations supplémentaires / justification clinique :

Informez l'usager (et le proche s'il y a lieu) du moment où congé... Oui Non
Identifiez/revue les moments critiques : Oui Non
Faire une référence au Centre de crise L'301 : Oui Non
Numéros pour clinicien seulement : 450-526-3550 : Oui Non
Référence pour suivi si requis (urgence, soins) : Oui Non
Envoyer à l'équipe traitante l'information sur la situation, incluant la dangerosité suicidaire : Oui Non
Commenter avec l'usager et le proche s'il y a lieu : modalités de référence et suivi : Oui Non
Remettre disponibles pertinents et ressources disponibles : Proche Usager
→ Ligne 1 866-APPÊLE (277-3552); Centre de crise et de soutien du Québec (1-866-961-3692) : Oui Non
Évaluation / réévaluation du risque suicidaire en vue d'un congé, réalisée par une personne formée ou médecin (sur accord de l'équipe) : Oui Non
L'usager a quitté accompagné : Oui Non
Documenter au dossier (Risque actuel, Planification du congé et Fiché de sécurité mis en place) : Oui Non

En cas d'absence d'un proche, assurer un fiché de sécurité auprès de la personne suicidaire en référence à l'hot, maintien de l'hospitalisation et suivi, exploration de réseaux de l'usager afin de trouver une personne susceptible de jouer ce rôle, etc.)

Signature : **Mario-Lyne Erazola, inf.Clin** Date : **23 juin 2022** Heure : **19h15**

Nom et permis (lettres mouillées) : _____ Titre d'emploi : _____
Libellé avec * = note complémentaire / justification clinique obligatoire

10-200-040 USAGER À RISQUE SUICIDAIRE DÉTECTION ET FICHÉ DE SÉCURITÉ 3 sur 2
Date : 2021-11-29 DOCUMENT MÉDICAL

- Entourage pertinente pour soutien/aide, éviter passage à l'acte
- Aborder usager avec une intention de l'aider
- Besoin d'un consentement de l'usager
- Mettre détails directement sur formulaire

À l'admission de l'usager à l'urgence

Ne pas compléter cette section

Au congé de l'usager de l'urgence vers la psychiatrie

Si informations nouvelles depuis arrivée refaire formulaire au complet sinon faire seulement formulaire ré-évaluation

Au congé de l'usager de l'établissement

Refaire formulaire au complet



Quiz module

#2

