Centre Hospitalier CHARLES PERRENS
Psychiatrie Universitaire • Bordeaux Métropole • Bassin d'Arcachon • Médoc

VigilanS Nouvelle Aquitaine Bordeaux

Pôle PUMA

Veille et recontact téléphonique suite à un passage à l'acte suicidaire

Document à nous transmettre à la sortie du patient accompagné de la lettre de liaison par fax au 05 33 57 80 91
ou par mail à vigilans-bordeaux@ch-perrens.fr ou vigilans-bordeaux@ch-perrens.mssante.fr

Identité du patient :

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Genre : □ H □ F

Adresse postale : .....

.....

Téléphone : .....

Mesure de protection juridique : □ non □ curatelle □ tutelle

Nom du représentant : ..... Tél. : .....

Si patient mineur :

Responsable légal / Titulaire de l'autorité parentale : □ père □ mère □ autre, *préciser :* .....

Nom et téléphone : .....

Situation parentale : □ en couple □ séparés □ parent décédé

Suivi socio-éducatif *(AEMO, IEAD, éducateur, etc.)* : □ oui □ non

si oui, préciser le nom et le numéro de téléphone du référent social : .....

.....

Personne ressource / à prévenir :

Nom : ..... Lien : ..... Tél. : .....

Professionnels de santé :

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

Psychiatre : ..... Tél. : .....

Autre, *préciser* : .....

Renseignements sur la TS :

Date de la TS : ..... / ..... / ..... Première TS : □ oui □ non

□ TS accomplie □ Passage en réanimation

□ TS avortée *(entamée mais interrompue par soi-même)*

□ TS empêchée *(entamée mais interrompue par un tiers)*

Contexte et facteurs précipitants : .....

.....

.....

Trouble psychiatrique actuel : .....

.....

Mode de la TS :

□ IMV, intoxication

□ précipitation

□ pendaison, strangulation, suffocation

□ noyade

□ arme à feu

□ objet tranchant

□ autre, *préciser :* .....

.....

.....

Association alcool : □ oui □ non

Contexte de sortie :

Date de sortie du service : ..... / ..... / .....

Compromis de sortie *(plan de soins, intervenants et dates des rdv)* : .....

.....

Carte ressource VigilanS remise : □ oui □ non □ Le patient refuse d'être contacté par VigilanS

Adressé par :

Nom et fonction : .....

Etablissement et service : .....

Contact : .....