

Nom de l'organisation :	Nom du programme :	Date :
Nom de la personne : (prénom, initiale du deuxième prénom, nom)	N° de dossier :	Date de naissance :
Étape 1 : Signes indiquant qu'une crise est en cours d'évolution (pensées, images, humeur, situation, comportement) :		
1. _____ 2. _____ 3. _____		
Étape 2 : Stratégies d'adaptation intérieures : les choses que je peux faire pour ne pas penser à mes problèmes sans contacter une autre personne (par exemple, écouter de la musique apaisante, jouer à un jeu vidéo, regarder la télévision) :		
1. _____ 2. _____ 3. _____		
Étape 3 : Les personnes et les situations sociales qui procurent une distraction :		
1. _____	Téléphone _____	_____
2. _____	Téléphone _____	_____
3. _____	Téléphone _____	_____
Étape 4 : Les personnes auxquelles je peux demander de l'aide :		
1. _____	Téléphone _____	_____
2. _____	Téléphone _____	_____
3. _____	Téléphone _____	_____
Étape 5 : Professionnels ou organismes que je peux contacter en cas de crise :		
1. Nom du clinicien _____	Téléphone _____	_____
Téléavertisseur ou n° de contact d'urgence du clinicien _____	_____	_____
2. Nom du clinicien _____	Téléphone _____	_____
Téléavertisseur ou n° de contact d'urgence du clinicien _____	_____	_____
3. Services locaux des soins d'urgence _____	_____	_____
Adresse des services des soins d'urgence _____	_____	_____
Téléphone des services des soins d'urgence _____	_____	_____

Nom de l'organisation :	Nom du programme :	Date :
Nom de la personne : (prénom, initiale du deuxième prénom, nom)	N° de dossier :	Date de naissance :

4. Teléfono de la Línea de Prevención del Suicidio (Suicide Prevention Lifeline): 1-800-273-TALK (8255)

Étape 6 : Sécuriser l'environnement (retirer ou restreindre l'accès à tout moyen que j'ai envisagé d'utiliser ou que j'ai utilisé dans une tentative de suicide ET restreindre l'accès aux armes à feu que j'ai ou pas songé à utiliser) :

1.

2.

La chose la plus importante pour moi, qui est ma raison de vivre est :

Modèle de plan de sécurité (Safety Plan Template) ©2008. Barbara Stanley et Gregory K. Brown. Cette version mise à jour est utilisée par l'Initiative des registres cliniques de l'État de New York (New York State Clinical Records Initiative, NYSCRI) avec l'autorisation de ses auteurs. Il est interdit de modifier une quelconque partie du Safety Plan Template sans leur autorisation écrite expresse. Vous pouvez contacter les auteurs à bhs2@columbia.edu ou gregbrow@mail.med.upenn.edu.