

# Formulaire pour Signaler le Risque Suicidaire



Office of Student and Family Support and Engagement  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Carver Educational Services Center (CESC)  
850 Hungerford Drive, Room 50, Rockville, Maryland 20850

**Formulaire 335-54 de MCPS**  
**Août 2017**  
**Page 1 de 2**

Selon la loi du Maryland, les membres du personnel de MCPS ont un devoir légal d'agir lorsqu'ils soupçonnent l'intention suicidaire d'un élève. Cette loi est composée de deux éléments essentiels.

**Intervenir:** Le personnel de MCPS a un devoir d'utiliser des moyens raisonnables pour tenter de prévenir un suicide lorsqu'ils ont été prévenus de l'intention suicidaire d'un élève.

**Aviser le Parent/Tuteur légal:** Le personnel de MCPS a l'obligation d'avertir des parents/tuteurs légaux de toute menace suicidaire, y compris des informations secondaires même si l'élève dément la menace.

**Veillez remplir toutes les informations ci-dessous avant la fin de la journée scolaire. Incluez la date et l'heure à laquelle chaque étape a eu lieu. Certaines étapes sont obligatoires.**

Élève \_\_\_\_\_ N° d'ID de MCPS \_\_\_\_\_

École \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Personne qui Remplit ce Formulaire \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
(si différent de l'intervieweur) Nom Titre

DATE	HEURE <i>préciser matin ou après-midi/soir</i>	PLAN D'ACTION
____/____/____	: ____	1. Décrire ce qu'a dit et fait l'élève pour indiquer un risque imminent à sa propre santé et sécurité. <b>Soyez spécifique</b> et incluez les mots, actions, ou comportements qui ont eu pour résultat le démarrage du processus de signalement.
____/____/____	: ____	2. <b>S'IL S'AGIT D'UNE URGENCE MÉDICALE, APPELEZ IMMÉDIATEMENT LE 911.</b>
____/____/____	: ____	3. Avertir le directeur ou son représentant.
____/____/____	: ____	4. Trouver l'élève et le/la gardez sous surveillance constante par un membre du personnel de MCPS, selon le besoin.
____/____/____	: ____	5. Contacter le conseiller scolaire, le psychologue scolaire, la personne travaillant le cas particulier d'un élève, l'infirmier(ère) scolaire, ou le travailleur social afin d'obtenir des informations supplémentaires, telles que:
____/____/____	: ____	a. As-tu pensé à te faire mal? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
____/____/____	: ____	b. As-tu pensé à la manière par laquelle tu te ferais mal? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
____/____/____	: ____	c. As-tu une idée en tête sur la façon de te faire du mal (décrire)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Considérant les moyens/non-spécifiques
____/____/____	: ____	d. Dans le passé, as-tu essayé de te faire mal ou de te suicider? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
____/____/____	: ____	e. Combien de fois as-tu pensé à te blesser ou te tuer? _____ fois par heure/jour/semaine
____/____/____	: ____	f. As-tu accès à des armes à feu ou à des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
____/____/____	: ____	g. As-tu dit ou montré à quelqu'un ce que tu penses faire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
____/____/____	: ____	h. As-tu de l'espoir dans ton avenir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
____/____/____	: ____	i. Consommes-tu des drogues ou de l'alcool? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
____/____/____	: ____	j. As-tu vécu un grand changement ou une perte importante? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
____/____/____	: ____	k. Parle-moi des membres de ta famille ou des amis qui te soutiennent (décrire)?
____/____/____	: ____	l. T'es-tu senti irritable ou déprimé récemment? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
____/____/____	: ____	m. Ton humeur a-t-elle été similaire à ce que tu ressens aujourd'hui, ou a-t-elle récemment changé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
____/____/____	: ____	n. Signeras-tu un engagement de sûreté? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
____/____/____	: ____	6. Présence des facteurs de risque suivants (la liste n'est pas exhaustive, cochez tout ce qui s'applique):

- Changement dans les relations sociales
- Préoccupations sur la surveillance à domicile
- Manque d'intérêt dans des activités
- Suicide d'un membre de la famille ou d'un ami
- Verbalisations de haine de la vie
- Préoccupations de santé mentale au sein des membres de la famille
- Conflit familial continu
- Échec académique récent
- Manque d'intérêt dans l'école
- Augmentation des comportements de prise de risques
- Consommation de l'alcool et/ou des drogues

- Condition médicale chronique
- Reconnaissance de l'attention médiatique au suicide
- Manque de sentiment d'appartenance
- Attentats suicidaires précédentes
- Troubles de sommeil et/ou d'appétit
- Préoccupations sur l'orientation sexuelle
- Expériences avec un rejet personnel récent
- Sentiments d'ennui
- Négligence récente de l'apparence personnelle
- Manque de concentration
- Verbalisations/textes/dessins au sujet de la mort

- Sentiments de culpabilité, honte, ou dérogation de soi
- Sentiments d'obligation excessive de réussite
- Victime d'abus ou d'abus soupçonné (par exemple, physique, verbal, sexuel)
- Perception des actions d'autres individus comme dévalorisantes ou menaçantes
- Antécédents de gratter, couper, ou se griffer le corps
- Sentiments de solitude, n'ayant personne à qui se confier
- Peur de ou perception réelle de perte de maîtrise de soi
- Accès à des méthodes (par exemple, armes ou médicaments)

Nom de l'Intervieweur: \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_

**Distribution:** COPIE 1/Parent/Tuteur Légal; COPIE 2/Dossier du Directeur (*formulaire détruit au bout d'une année calendaire*), COPIE 3/Office of Student and Family Support and Engagement, CESC, Room 50 (*dans une enveloppe scellée et non marquée à l'intérieur d'une enveloppe de courrier interne. NE PAS FAXER.*)

DATE	HEURE <i>préciser matin ou après-midi/soir</i>	PLAN D'ACTION
___/___/___	:	7. <b>OBLIGATOIRE.</b> LE DIRECTEUR/REPRÉSENTANT DOIT NOTIFIER LE PARENT/TUTEUR LÉGAL.
___/___/___	:	8. Notifier le parent/tuteur légal concernant les préoccupations scolaires.
___/___/___	:	9. Demander que le parent/tuteur légal ou la personne désignée vienne chercher l'élève.
___/___/___	:	10. <b>OBLIGATOIRE.</b> Recommander que le parent/tuteur légal contacte <b>immédiatement</b> un professionnel de santé mentale.
		a. Thérapeute privé de l'élève, le cas échéant.
___/___/___	:	b. Montgomery County Crisis Center, que l'élève ait un thérapeute privé ou non. Remplir le <a href="#">Formulaire 560-10 de MCPS, Information de Renvoi au Centre de Crise</a> et fournir au parent/tuteur légal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le numéro de téléphone du Centre de Crise, 240-777-4000, pour une évaluation d'urgence gratuite,</li> <li>• Une copie du Recommandation au Centre de Crise,</li> <li>• Une copie du <a href="#">Formulaire 270-1 de MCPS, Résumé de la Réunion de Parent</a>, si rempli, (<i>voir ci-dessous</i>), et</li> <li>• Une copie du <a href="#">Formulaire 336-32 de MCPS, Autorisation pour la Divulgence d'Informations Confidentielles</a> (<i>voir 11 ci-dessous</i>).</li> </ul>
___/___/___	:	c. Autre (veuillez préciser):
___/___/___	:	11. Demander au parent/tuteur légal de compléter et signer le <a href="#">Formulaire 336-32 de MCPS, Autorisation pour la Divulgence d'Informations Confidentielles</a> afin d'autoriser la communication entre MCPS et le prestataire de santé mentale.
___/___/___	:	12. Travailler avec le parent/tuteur légal pour mettre en œuvre des recommandations faites par le professionnel de santé mentale qui sont appropriées et réalisables dans le cadre scolaire.
___/___/___	:	13. Si le parent/tuteur légal n'est pas disponible ou est non coopératif quant à l'évaluation d'urgence, envisager de contacter l'équipe d' <b>Aide Sociale du Centre de Crise Mobile</b> , au <b>240-777-4000</b> , pour une consultation.
___/___/___	:	14. Si l'enfant est en crise et le parent/tuteur légal est réticent de donner suite avec une évaluation d'urgence, envisager de contacter les <b>Services de Protection des Enfants</b> au <b>240-777-4417</b> .
___/___/___	:	15. Fournir le numéro de téléphone de la <b>Ligne d'Appel Confidentielle pour les Jeunes en Crise</b> , <b>301-738-9697</b> , et la <b>Ligne SMS</b> , <b>301-738-2255</b> , si approprié.
___/___/___	:	16. Suivre le <a href="#">Règlement COB-RA de MCPS, Signaler un Incident Sérieux</a> , le cas échéant.
___/___/___	:	17. Informer l'infirmier(ère) scolaire, si cela n'a pas encore été fait.

Descrivre en détail les réponses du parent/tuteur légal (utiliser le [Formulaire 270-1 de MCPS, Résumé de la Réunion de Parent](#) s'il vous faut de l'espace supplémentaire):

**STRATÉGIES DE SOUTIEN MISES EN ŒUVRE** (Cocher tout ce qui s'applique)

ACTION	DESCRIPTION	PERSONNE(S) RESPONSABLE(S)	DATE LIMITE
Renvoi <b>OBLIGATOIRE</b> aux services de santé mentale			
Engagement de sûreté écrit			
Suivi par le parent/tuteur légal avec un professionnel de santé mentale			
Suivi par l'enseignant			
Suivi par l'administrateur			
Surveillance et suivi par le conseiller scolaire			
Consultation avec des membres de l'équipe de service coordonné aux élèves			
Renvoi à l'Équipe de Gestion Éducative			
Consultation avec le thérapeute de l'élève ou le Centre de Crise			
Consultation avec des agences communautaires			
Services de Protection des Enfants		<b>CONFIDENTIEL</b> N'identifiez PAS un individu	
Autre (veuillez préciser)			

\_\_\_\_\_  
Signature, Intervieweur

\_\_\_\_\_  
Poste

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature, Administrateur

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Date