

SYMPTÔMES PRÉSENTS :

Difficulté de concentration	Irritabilité
↓↑ Alimentation	Isolement
Idées suicidaires	↓↑ Sommeil
Impulsivité	Tristesse et pleurs
Fatigue	Problèmes de santé
Pensées bizarres	Baisse de motivation
Automutilation	Comportement à risque, spécifiez : _____

MON BESOIN EST URGENT CAR :



- | | | |
|--|-----|-----|
| ➤ Je planifie de m'enlever la vie | Oui | Non |
| ➤ J'ai des idées suicidaires et je risque de passer à l'acte | Oui | Non |
| ➤ Je pourrais agresser physiquement quelqu'un | Oui | Non |
| ➤ Je subis de la violence et je crains pour ma sécurité | Oui | Non |
| ➤ J'ai vécu une agression sexuelle récemment (moins de 6 mois) | Oui | Non |

NIVEAU DE FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL

Précise à quel point ton niveau de fonctionnement actuel est affecté ? (ex; travaux scolaires, présence au cours, hygiène personnelle, vie sociale, tâches ménagères, tâches liées à un emploi etc).

**Incapacité totale
de fonctionner**

**Capacité moyenne
de fonctionner**

**Capacité optimale
de fonctionner**



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dans la mesure du possible, quelle serait ta préférence pour une première rencontre :

- En présentiel au Cégep
- Vidéoconférence
- Téléphone

AUTORISATION À TRANSMETTRE L'INFORMATION

J'autorise l'équipe psychosociale du Cégep Garneau à consulter ce document, au besoin, et ce, de façon confidentielle.

Signature de l'étudiant _____

Date _____