

**Annexe 1**

**FICHE D’ALERTE D’INTENTION SUICIDAIRE**

**à compléter par la personne**

**ayant eu connaissance d’une intention suicidaire**

**Alerte suicidaire concernant :**

NOM : ………………………………………. Prénom : ……………………………………. Sexe : □ F □ M

Année de naissance : ……………………………

Fonction exercée : …………………………………………………………………………………………………….….

**Descriptif de l’alerte :**

Date : ………………………………….. Lieu : ………………………………………………………………………….

Modalités (courrier, mail,…) : ……………………………………………………………………………………………..

Circonstances de l’alerte : ………………………………………………………………………………........................

……………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………..……..

**Mesures mises en œuvre :**

→ **APPEL AU** **15** : Date :………………. Heure : ……………..

→ Consignes données par le 15 :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Fiche →établie par*\*:***

NOM : ……………………………………… Prénom : ……………………………………. Fonction : …………………………………….…

Date : ……………… Heure : …………… **→remise au chef de service : Mme ou M** …………………………….. ***Signature :***

***Cadre réservé au supérieur hiérarchique :***

*Coordonnées du supérieur hiérarchique (ou en cas d’absence, de la personne responsable) :*

NOM : ………………………… Prénom : ………………………………………….

Fonction : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Observations :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Transmis par courriel **→**à la DRRH : ce.drrh@ac-aix-marseille.fr

**Et**

**→** au DASEN : ce.ia04@ac-aix-marseille.fr ou ce.ia05@ac-aix-marseille.fr

ou ce.ia13@ac-aix-marseille.fr ou ce.ia84@ac-aix-marseille.fr

Date : ……………………………………… ***Signature :***

***\*Pour les professionnels de santé, transmettre directement la fiche au service de la Médecine de Prévention***

***ce.medecinedeprevention@ac-aix-marseille.fr***

1. **Disparition d’une personne après alerte suicidaire.**