Thérapie brève pour patient×e×s

après une tentative de suicide

ASSIP et ASSIP Home Treatment

*Attempted Suicide Short Intervention Program*

Cher×e patient×e,

Une tentative de suicide augmente le risque d'un nouveau passage à l'acte suicidaire pendant des années. C'est pourquoi nous souhaitons vous proposer un traitement par lequel nous cherchons à mieux comprendre le contexte de votre crise suicidaire et à développer ensemble des stratégies individuelles pour prévenir d'autres crises. Les thérapies brèves ASSIP et ASSIP Home Treatment ne remplacent pas une thérapie à long terme, mais constituent une offre clinique complémentaire. Vous serez donc contacté×e dans les prochains jours par un×e professionnel×le de l'équipe ASSIP ou ASSIP Home Treatment.

Meilleures salutations

Dr. phil. Anja Gysin-Maillart, psychologue en chef

À détacher ici et retourner à assip@hin.ch (protégé par HIN) ou à Murtenstrasse 21, 3008 Berne.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Veuillez me contacter au sujet des consultations ASSIP ASSIP Home Treatment.

Nom : ............................................ Prénom : .................................. Date de naissance : .....................................

Personne référente (Médecin traitant×e / Psychologue / Psychiatre / Infirmier×ière ou l’institution) : ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Traitement prévu : ….............................................................................................................................................

Je suis joignable (jour(s), créneau horaire) : .........................................................................................................

**Téléphone (nécessaire)** : ......................................................................................................................................

E-mail : ..................................................................................................................................................................

Adresse : ...............................................................................................................................................................

Date : ......................................... Signature du / de la patient×e : .........................................................................