Madame/Monsieur

Prénom, Nom

Rue

CP Ville

Lieu, Date

**Votre thérapeute pour ASSIP Home Treatment**

Prénom Nom I [E-mail](mailto:cedric.bryner@upd.ch) I Téléphone portable

Monsieur / Madame

L'Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) est une thérapie efficace qui s'adresse aux

personnes ayant fait une tentative de suicide. Avec seulement trois à quatre séances, il est prouvé que la thérapie brève ASSIP réduit de 80% le risque de nouveaux actes suicidaires. 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.

Comme convenu avec votre thérapeute ASSIP Home Treatment, nous vous confirmons par la présente la date de la première séance.

**Quand :** Jour, date Heure

**Lieu :** Le lieu est convenu directement avec votre thérapeute ASSIP Home Treatment.

Si vous devez déplacer le rendez-vous mentionné, veuillez téléphoner à l'accueil au numéro de téléphone. Pour tout renseignement, vous pouvez également appeler le numéro indiqué.

Meilleures salutations

Prénom Nom

Backoffice