

CONFIDENTIAL**Consentement à la divulgation d'informations**

Ce formulaire devrait être lu au/à la bénéficiaire ou à son tuteur dans sa langue maternelle. Il devrait être clairement expliqué au/à la bénéficiaire qu'il/elle peut choisir n'importe laquelle ou aucune des options proposées.

Je, _____, autorise (**nom de votre organisme**) à communiquer les informations relatives à l'incident que je lui ai déclaré tel qu'expliqué ci-dessous :

1. Je comprends qu'en donnant mon autorisation ci-après, je permets à (**nom de votre organisme**) de communiquer au(x) prestataire(s) de services que j'ai désignés les informations spécifiquement relatives à mon cas, contenues dans mon constat d'incident, afin de pouvoir bénéficier d'une aide en fonction de mes besoins de sécurité, sanitaires, psychosociaux et/ou juridiques.

Je comprends que les informations communiquées seront traitées en toute confidentialité et avec respect, et ne seront divulguées que si cela s'avère nécessaire pour me permettre de recevoir l'aide que j'ai sollicitée.

Je comprends que la divulgation de ces informations implique qu'un membre de l'organisme ou du service coché ci-dessous puisse venir me parler. J'ai le droit de changer d'avis à tout moment au sujet de la divulgation des informations à l'organisme/la personne contact désignés ci-après.

Je souhaiterais que mes informations soient communiquées à :

(cochez les cases correspondantes et précisez le nom, le service et l'organisme/organisation, le cas échéant)

Services de sécurité (précisez) : _____

Services psychosociaux (précisez) : _____

Services sanitaires / médicaux (précisez) :

Lieu sûr / refuge (précisez) : _____

Services d'assistance juridique (précisez) :

Services de protection (précisez) : _____

Services d'aide aux moyens de subsistance (précisez) :

Autre (précisez le type de service, le nom et l'organisme) :

1. Autorisation à cocher par le/la bénéficiaire :
(ou le parent/tuteur si le/la bénéficiaire a moins de 18 ans)

Oui

Non

2. J'ai été informé(e) et comprends que certaines informations non identifiantes pourront également être communiquées pour les besoins de la rédaction de rapports. Toute information divulguée n'aura spécifiquement de rapport ni avec moi, ni avec l'incident. Il sera impossible de m'identifier en fonction des informations communiquées. Je comprends que les informations communiquées seront traitées en toute confidentialité et avec respect.

2. Autorisation à cocher par le/la bénéficiaire :
(ou le parent/tuteur si le/la bénéficiaire a moins de 18 ans)

Oui

Non

Signature/empreinte de pouce du/de la bénéficiaire :
(ou du parent/tuteur si le/la bénéficiaire a moins de 18 ans)

Code du travailleur social : _____

Date : _____

INFORMATIONS DESTINEES A LA GESTION DES CAS
(FACULTATIF-SUPPRIMER SI INUTILE)

Nom du/de la bénéficiaire :

Nom de la personne qui s'occupe du/de la bénéficiaire (si le/la bénéficiaire est mineur(e)) : _____

Numéro de téléphone :

Camp : _____

Numéro de section :

Numéro de rue : _____

Numéro d'identification ONU :

AJOUTER ICI DES QUESTIONS PERMETTANT DE DEFINIR LE CODE SURVIVANT DE VOTRE
PAYS
(FACULTATIF-SUPPRIMER SI INUTILE)

*POUR OBTENIR DE PLUS AMPLES EXPLICATIONS, CONSULTER LE DOCUMENT INTITULE « CREER UN CODE
SURVIVANT »*

VEUILLEZ NOTER

Le formulaire de consentement devrait être expliqué au *début* de votre rencontre avec le/la survivant(e) et rempli *une fois que* le formulaire d'admission a été complété et que les renvois ont été déterminés.

Ne joignez pas directement le Formulaire de consentement au Formulaire d'admission ; il devrait être conservé séparément pour assurer la confidentialité des informations communiquées par le/la bénéficiaire.

Instructions	1- Ce formulaire doit être rempli par un gestionnaire de cas, un praticien de la santé, un travailleur social ou une autre personne autorisée assurant des services au/à la survivant(e).
	2- Veuillez noter que les questions suivies d'un astérisque* doivent être conservées dans le formulaire d'admission et qu'il est obligatoire d'y répondre. Ces questions font partie d'une série minimum de données essentielles à recueillir sur la VBG. Certaines questions sont suivies à la fois d'un astérisque* et d'un cercle ^o ; celles-ci peuvent être adaptées, et le texte qui figure en italique dans ces champs, destiné à être adapté à chaque contexte, peut être modifié. Les questions qui ne sont pas marquées d'un signe peuvent être modifiées par votre organisme ou supprimées si elles sont inutiles pour votre programme et/ou la gestion des cas.
	3- Sauf indication contraire, ne cochez toujours qu'un seul champ de réponse pour chaque question.
	4- N'hésitez pas à ajouter à ce formulaire autant de questions que nécessaire, en fonction de votre contexte et/ou d'y joindre des pages supplémentaires pour y inscrire la suite des explications écrites, si besoin.

Avant de débiter l'entretien, veuillez vous assurer de rappeler à votre bénéficiaire que toutes les informations qu'il/elle communiquera resteront confidentielles, et qu'il/elle peut choisir de refuser de répondre à n'importe laquelle des questions suivantes.

1- Informations administratives		
Référence de l'incident* :	Code survivant :	Code travailleur social :
Date de l'entretien (jour/mois/année)* :	Date de l'incident (jour/mois/année)* :	
<input type="checkbox"/> Déclaré par le/la survivant(e) ou la personne qui accompagne le/la survivant(e) en présence du/de la survivant(e)* <i>(Ces incidents seront consignés au Registre des incidents)</i>		
<input type="checkbox"/> Déclaré par une personne autre que le/la survivant(e), en l'absence du/de la survivant(e) <i>(Ces incidents ne seront pas consignés au Registre des incidents)</i>		
2- Renseignements du/de la survivant(e)		
Date de naissance (approximative si nécessaire)* :	Sexe* : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Clan ou appartenance ethnique :
Pays d'origine ^o : <input type="checkbox"/> Noms de pays à indiquer ici	<input type="checkbox"/> Etc.	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> Etc.	<input type="checkbox"/> Etc.	
Nationalité (Si autre que le pays d'origine) :	Religion :	
Etat civil / situation familiale actuel(le)* :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) / en concubinage	<input type="checkbox"/> Divorcé(e) / Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf / veuve
Nombre et âge des enfants et autres personnes à charge :		
Profession :		
Statut de déplacement au moment de la déclaration des faits* :		
<input type="checkbox"/> Résident(e) <input type="checkbox"/> Rapatrié(e)	<input type="checkbox"/> PDIP <input type="checkbox"/> Ressortissant(e) étranger/ère	<input type="checkbox"/> Réfugié(e) <input type="checkbox"/> Demandeur/se d'asile <input type="checkbox"/> Apatride <input type="checkbox"/> Néant
Le/la bénéficiaire est-il/elle une personne handicapée ?* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Handicap mental <input type="checkbox"/> Handicap physique <input type="checkbox"/> Les deux		
Le/la bénéficiaire est-il/elle un mineur non accompagné, un enfant séparé ou un autre enfant vulnérable ?* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mineur(e) non accompagné(e) <input type="checkbox"/> Enfant séparé(e) <input type="checkbox"/> Autre enfant vulnérable		
Sous-section pour les enfants survivant(e)s (moins de 18 ans)		
Si le/la survivant(e) est un/une enfant (moins de 18 ans) vit-il/elle seul(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(si non, répondez aux trois questions suivantes)</i>		
Si le/la survivant(e) vit avec quelqu'un d'autre, quel est le lien de parenté entre lui/elle et la personne qui s'occupe de lui/d'elle ? <input type="checkbox"/> Parent / tuteur <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Conjoint / concubin <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Quelle est la situation familiale actuelle de la personne qui s'occupe du/de la survivant(e) ? <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée / en concubinage <input type="checkbox"/> Divorcée / Séparée <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Inconnue / sans objet		
Quelle est l'activité professionnelle principale de la personne qui s'occupe du/de la survivant(e) ?		

Pour toute question ou tout commentaire concernant ce formulaire, veuillez contacter le comité de pilotage de l'IMSVBG à l'adresse suivante :

GBVIMS@gmail.com

3- Détails de l'incident

Récit de l'incident / description de l'incident (résumez les détails de l'incident dans les termes employés par le/la bénéficiaire)

Phase de déplacement au moment des faits* :

- Non déplacé / communauté d'origine
 Pré-déplacement
 En cours de fuite
 En période de refuge
 En cours de rapatriement / en transit
 Post-déplacement
 Autre : _____

Heure de l'incident* :

- Matin (entre le lever du soleil et midi)
 Après-midi (entre midi et le coucher du soleil)
 Soir/nuit (entre le coucher du soleil et le lever du soleil)
 Inconnue/Sans objet

Lieu de l'incident*^o :

(Adaptez les options de lieu en ajoutant de nouvelles cases à cocher, ou en en supprimant en fonction de votre localisation)

- Brousse / forêt
 Jardin / champ cultivé
 Ecole
 Route
 Domicile du/de la bénéficiaire
 Domicile de l'agresseur
 Autre (précisez) _____

Zone où l'incident a eu lieu*^o :

- Noms de zone à indiquer ici
 Etc.
 Etc.
 Autre (précisez) _____

Sous-zone où l'incident a eu lieu*^o :

- Noms de sous-zone à indiquer ici
 Etc.
 Etc.
 Autre (précisez) _____

Camp/ville/site :

- Noms de camp/ville/site à indiquer ici
 Etc.
 Etc.
 Autre (précisez) _____

3- Détails de l'incident (suite)	
<p>Type de violence survenue au cours de l'incident* : (Veuillez consulter le Système de classification des incidents de l'IMSVBG et n'en sélectionner qu'UN SEUL)</p> <p><input type="checkbox"/> Viol (dont les viols collectifs et les viols conjugaux)</p> <p><input type="checkbox"/> Agression sexuelle (dont les tentatives de viol, toute violence/tous sévices sexuels sans pénétration, et les mutilations génitales féminines/l'excision)</p> <p><input type="checkbox"/> Agression physique (dont les coups, les gifles, les coups de pied, les bousculades, etc. n'étant pas de nature sexuelle)</p> <p><input type="checkbox"/> Mariage forcé (dont les mariages précoces)</p> <p><input type="checkbox"/> Déni de ressources, d'opportunités ou de services</p> <p><input type="checkbox"/> Violences psychologiques / émotionnelles</p> <p><input type="checkbox"/> Hors VBG (précisez) Note : ces incidents ne seront pas consignés au registre des incidents</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Y a-t-il eu pénétration au cours de l'incident déclaré? Si oui → classez l'incident dans la catégorie « <u>Viol</u> ». Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste. 2. Y a-t-il eu un contact sexuel non désiré au cours de l'incident déclaré ? Si oui → classez l'incident dans la catégorie « <u>Agression sexuelle</u> ». Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste. 3. Y a-t-il eu une agression physique au cours de l'incident déclaré ? Si oui → classez l'incident dans la catégorie « <u>Agression physique</u> ». Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste. 4. L'incident était-il un cas de mariage forcé ? Si oui → classez l'incident dans la catégorie « <u>Mariage forcé</u> ». Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste. 5. Y a-t-il eu un déni de ressources, d'opportunités ou de services au cours de l'incident déclaré ? Si oui → classez l'incident dans la catégorie « <u>Déni de ressources, d'opportunités ou de services</u> ». Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste. 6. Des violences psychologiques / émotionnelles ont-elles été infligées au cours de l'incident déclaré ? Si oui → classez l'incident dans la catégorie « <u>Violences psychologiques / émotionnelles</u> ». Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste. 7. L'incident signalé est-il un cas de VBG ? Si oui → Recommencez à la question n°1 et tentez de classer de nouveau le type de VBG (si vous avez déjà tenté de classer la VBG à plusieurs reprises, demandez l'aide de votre superviseur). Si non → classez l'incident dans la catégorie « <u>Hors VBG</u> »
<p>Cet incident constituait-il une Pratique traditionnelle préjudiciable*^o ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Type de pratique</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Type de pratique</i> <input type="checkbox"/> <i>Type de pratique</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Type de pratique</i> <input type="checkbox"/> <i>Type de pratique</i></p>	<p>De l'argent, des biens, des avantages et/ou des services ont-ils été échangés en rapport avec cet incident* ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>
<p>Type d'enlèvement au moment des faits* :</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Conscriptio forcée <input type="checkbox"/> Trafic <input type="checkbox"/> Autre enlèvement/kidnapping</p>	
<p>Le/la bénéficiaire a-t-il/elle déclaré cet incident ailleurs ?* (si oui, sélectionnez le type de prestataire de services et inscrivez le nom du prestataire auquel le/la bénéficiaire a déclaré l'incident) ; (sélectionnez <u>toutes</u> les options correspondantes).</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Services de santé/médicaux _____</p> <p><input type="checkbox"/> Services de suivi psychologique/psychosociaux _____</p> <p><input type="checkbox"/> Police/autre acteur du secteur de la sécurité _____</p> <p><input type="checkbox"/> Services d'assistance juridique _____</p> <p><input type="checkbox"/> Programme de soutien aux moyens de subsistance</p>	

Lieu sûr / refuge _____

Autre acteur de l'aide humanitaire/au développement _____

Autres services publics _____

Autre (précisez) _____

Le/la bénéficiaire a-t-il/elle précédemment été victime d'autres incidents de VBG ?* Non Oui

Si oui, ajoutez une description concise :

4- Renseignements sur l'agresseur présumé

Nombre d'agresseurs présumés* : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Plus de 3 <input type="checkbox"/> Inconnu																					
Sexe du ou des agresseur(s) présumé(s)* : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Agresseurs à la fois de sexe féminin et de sexe masculin																					
Nationalité de l'agresseur présumé :	Clan ou appartenance ethnique de l'agresseur présumé :																				
Tranche d'âge de l'agresseur présumé* (si elle est connue ou peut être estimée) :																					
<input type="checkbox"/> 0 – 11 ans <input type="checkbox"/> 12 – 17 ans <input type="checkbox"/> 18 – 25 ans <input type="checkbox"/> 26 – 40 ans <input type="checkbox"/> 41-60 ans <input type="checkbox"/> 61 et plus <input type="checkbox"/> Inconnue																					
Lien entre l'agresseur présumé et le/la survivant(e)* : (Sélectionnez LA première option correspondante) <input type="checkbox"/> Partenaire intime / ex-partenaire <input type="checkbox"/> Principale personne s'occupant du/de la survivant(e) <input type="checkbox"/> Membre de la famille (hors conjoint ou personne s'occupant du/de la survivant(e)) <input type="checkbox"/> Superviseur / employeur <input type="checkbox"/> Camarade de classe <input type="checkbox"/> Enseignant / responsable scolaire <input type="checkbox"/> Prestataire de services <input type="checkbox"/> Colocataire <input type="checkbox"/> Ami de la famille / voisin <input type="checkbox"/> Autre réfugié / PDIP / rapatrié <input type="checkbox"/> Autre membre de la communauté résidente <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Sans lien <input type="checkbox"/> Inconnu																					
Principale activité professionnelle de l'agresseur présumé (si elle est connue)*^o : (Adaptez les options d'activité professionnelle en ajoutant de nouvelles cases à cocher ou en en supprimant en fonction de votre contexte)																					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> <i>Fermier</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Commerçant / propriétaire d'entreprise</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Dignitaire religieux</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Employé d'un CBO</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Autre</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <i>Etudiant</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Acteur armé non étatique</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Enseignant</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Bénévole communautaire</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Sans emploi</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <i>Fonctionnaire</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Représentant des forces de sécurité</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Employé des Nations unies</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Travailleur de la santé</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Inconnue</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <i>Soldat de l'armée</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Leader du camp ou de la communauté</i></td> <td><input type="checkbox"/> <i>Employé d'une ONG</i></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> <i>Fermier</i>	<input type="checkbox"/> <i>Commerçant / propriétaire d'entreprise</i>	<input type="checkbox"/> <i>Dignitaire religieux</i>	<input type="checkbox"/> <i>Employé d'un CBO</i>	<input type="checkbox"/> <i>Autre</i>	<input type="checkbox"/> <i>Etudiant</i>	<input type="checkbox"/> <i>Acteur armé non étatique</i>	<input type="checkbox"/> <i>Enseignant</i>	<input type="checkbox"/> <i>Bénévole communautaire</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sans emploi</i>	<input type="checkbox"/> <i>Fonctionnaire</i>	<input type="checkbox"/> <i>Représentant des forces de sécurité</i>	<input type="checkbox"/> <i>Employé des Nations unies</i>	<input type="checkbox"/> <i>Travailleur de la santé</i>	<input type="checkbox"/> <i>Inconnue</i>	<input type="checkbox"/> <i>Soldat de l'armée</i>	<input type="checkbox"/> <i>Leader du camp ou de la communauté</i>	<input type="checkbox"/> <i>Employé d'une ONG</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Fermier</i>	<input type="checkbox"/> <i>Commerçant / propriétaire d'entreprise</i>	<input type="checkbox"/> <i>Dignitaire religieux</i>	<input type="checkbox"/> <i>Employé d'un CBO</i>	<input type="checkbox"/> <i>Autre</i>																	
<input type="checkbox"/> <i>Etudiant</i>	<input type="checkbox"/> <i>Acteur armé non étatique</i>	<input type="checkbox"/> <i>Enseignant</i>	<input type="checkbox"/> <i>Bénévole communautaire</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sans emploi</i>																	
<input type="checkbox"/> <i>Fonctionnaire</i>	<input type="checkbox"/> <i>Représentant des forces de sécurité</i>	<input type="checkbox"/> <i>Employé des Nations unies</i>	<input type="checkbox"/> <i>Travailleur de la santé</i>	<input type="checkbox"/> <i>Inconnue</i>																	
<input type="checkbox"/> <i>Soldat de l'armée</i>	<input type="checkbox"/> <i>Leader du camp ou de la communauté</i>	<input type="checkbox"/> <i>Employé d'une ONG</i>																			

5- Mesures prévues / mesures prises : toute mesure/activité relative à ce constat.

Qui vous a adressé ce/cette bénéficiaire ?*													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Services de santé/médicaux</td> <td><input type="checkbox"/> Enseignant/représentant scolaire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Services de suivi psychologique/d'aide psychosociale</td> <td><input type="checkbox"/> Leader de la communauté ou du camp</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Police/autre acteur du secteur de la sécurité</td> <td><input type="checkbox"/> Lieu sûr/refuge</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Services d'assistance juridique</td> <td><input type="checkbox"/> Autre acteur humanitaire ou de développement</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Programme d'aide aux moyens de subsistance</td> <td><input type="checkbox"/> Autre service public</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Auto-renvoi/premier point de contact</td> <td><input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Services de santé/médicaux	<input type="checkbox"/> Enseignant/représentant scolaire	<input type="checkbox"/> Services de suivi psychologique/d'aide psychosociale	<input type="checkbox"/> Leader de la communauté ou du camp	<input type="checkbox"/> Police/autre acteur du secteur de la sécurité	<input type="checkbox"/> Lieu sûr/refuge	<input type="checkbox"/> Services d'assistance juridique	<input type="checkbox"/> Autre acteur humanitaire ou de développement	<input type="checkbox"/> Programme d'aide aux moyens de subsistance	<input type="checkbox"/> Autre service public	<input type="checkbox"/> Auto-renvoi/premier point de contact	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____
<input type="checkbox"/> Services de santé/médicaux	<input type="checkbox"/> Enseignant/représentant scolaire												
<input type="checkbox"/> Services de suivi psychologique/d'aide psychosociale	<input type="checkbox"/> Leader de la communauté ou du camp												
<input type="checkbox"/> Police/autre acteur du secteur de la sécurité	<input type="checkbox"/> Lieu sûr/refuge												
<input type="checkbox"/> Services d'assistance juridique	<input type="checkbox"/> Autre acteur humanitaire ou de développement												
<input type="checkbox"/> Programme d'aide aux moyens de subsistance	<input type="checkbox"/> Autre service public												
<input type="checkbox"/> Auto-renvoi/premier point de contact	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____												
Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers un lieu sûr/un refuge ?* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, pourquoi ?* <input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme <input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme <input type="checkbox"/> Service inutile <input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e) <input type="checkbox"/> Service non disponible	Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir (jour/mois/année) : Nom et lieu : Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :												

<p>Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers des services de santé / médicaux ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, pourquoi ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Service inutile</p> <p><input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Service non disponible</p>	<p>Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir :</p> <p>Nom et lieu : Consultation de suivi</p> <p style="text-align: right;">Date et heure :</p> <p>Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :</p>
<p>Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers des services de soutien psychosocial ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, pourquoi ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Service inutile</p> <p><input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Service non disponible</p>	<p>Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir (jour/mois/année) :</p> <p>Nom et lieu :</p> <p>Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :</p>
<p>Le/la bénéficiaire souhaite-t-il/elle engager des poursuites en justice ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'a pas encore décidé au moment de la déclaration des faits</p>	
<p>Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers des services d'assistance juridique ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, pourquoi ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Service inutile</p> <p><input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Service non disponible</p>	<p>Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir (jour/mois/année) :</p> <p>Nom et lieu :</p> <p>Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :</p>
<p>Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers la police ou un autre type d'acteur du secteur de la sécurité ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, pourquoi ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Service inutile</p> <p><input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Service non disponible</p>	<p>Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir (jour/mois/année) :</p> <p>Nom et lieu :</p> <p>Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :</p>
<p>Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers un programme de soutien aux moyens de subsistance ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, pourquoi ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Service inutile</p>	<p>Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir (jour/mois/année) :</p> <p>Nom et lieu :</p> <p>Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :</p>

Incident ID

<input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e) <input type="checkbox"/> Service non disponible	
---	--

6 – Point d'évaluation

Décrivez l'état émotionnel du/de la bénéficiaire au début de l'entretien :

Le/la bénéficiaire sera-t-il/elle en sécurité lorsqu'il/elle partira ? Oui

Non

Si non, expliquez pourquoi :

Quelles mesures ont été prises pour assurer la sécurité du/de la bénéficiaire ?

Décrivez l'état émotionnel du/de la bénéficiaire à la fin de l'entretien :

Qui apportera un soutien émotionnel au/à la bénéficiaire ?

Autres informations pertinentes

Si le/la bénéficiaire a été violé(e), lui avez-vous expliqué les conséquences possibles du viol (s'il ou elle a plus de 14 ans) ?

Oui Non

Avez-vous expliqué les conséquences possibles du viol à la personne qui s'occupe du/de la bénéficiaire (si le/la bénéficiaire a moins de 14 ans) ? Oui Non