

**SUIVI DE GESTION DE L'INTERVENTION INITIALE
AUPRÈS DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE**

(Remettre pour validation au responsable du dossier agression sexuelle de votre Centre désigné)

Envoyer à : **Dominique Bourassa, médecin-conseil**
dominique.bourassa.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca
Télécopieur : 418 724-8183

CENTRE DÉSIGNÉ : _____		Complété par : _____
		Validé par : _____
DÉLAI D'INTERVENTION		
Date et heure de l'arrivée de la victime : _____		
Heure du début de la prise en charge par un intervenant formé : _____		
Date et heure de fin d'intervention au centre désigné : _____		
ACCUEIL		
Réfèrent : <input type="checkbox"/> Services policiers	<input type="checkbox"/> Info-Santé/CLSC	<input type="checkbox"/> CH périphérique : _____
<input type="checkbox"/> Centre jeunesse	<input type="checkbox"/> Milieu scolaire	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Accompagnateur : _____		
DONNÉES SUR L'AGRESSION SEXUELLE		
Âge : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
À quand remonte l'agression sexuelle : Date :	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit Lieu : _____	
Nombre d'agresseurs : _____ Majeur : _____ Mineur : _____ Lien avec la victime, préciser : _____		
<input type="checkbox"/> Situation particulière (coma, vie en danger, déficience intellectuelle). Préciser en encerclant.		
<input type="checkbox"/> Intoxication involontaire possible (<i>drogue du viol</i> avec black-out)		
INTERVENTION MÉDICOSOCIALE		
<input type="checkbox"/> Trousse médicosociale	<input type="checkbox"/> Désire porter plainte	
<input type="checkbox"/> Trousse médicolégal	<input type="checkbox"/> Désire se prévaloir de 14 jours de réflexion	
	<input type="checkbox"/> Refuse de porter plainte sans ambiguïté	
ÉQUIPE MÉDICOSOCIALE		
Infirmière formée : <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Pédiatrie <input type="checkbox"/> Autre département : _____		
Médecin : <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Omnipraticien de garde pour la trousse		
<input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste : _____		
Intervenant psychosocial : <input type="checkbox"/> Escouade 24/7 <input type="checkbox"/> Centre Jeunesse (DPJ) <input type="checkbox"/> CALACS <input type="checkbox"/> CAVAC		
<input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Intervenant privé <input type="checkbox"/> Autre : _____		
FIN D'INTERVENTION		
<input type="checkbox"/> Signalement effectué à la DPJ (toute personne de moins de 18 ans)		
Référence au Centre désigné pédiatrique : <input type="checkbox"/> Rimouski <input type="checkbox"/> Rivière-du-Loup		
<input type="checkbox"/> Remise de la trousse aux policiers <input type="checkbox"/> Trousse conservée au CH <input type="checkbox"/> Trousse détruite par le CH		
COMMENTAIRES/SITUATION PARTICULIÈRE		