

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 au/à la 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"/> Burundi <input type="checkbox"/> Rwanda	<input type="checkbox"/> Ouganda <input type="checkbox"/> RDC	<input type="checkbox"/> Somalie <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
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		
<i>Sous-section pour les enfants survivants (moins de 18 ans)</i>		
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) ?		

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(e) / communauté
 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 :

- Punda
 Banau
 Kaseeto
 Mbumi
 Autre (précisez) : _____

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

- Urati
 Kakato
 Utiro
 Mukata
 Autre (précisez) : _____

Camp/ville/site :

- Hanati
 Jinga
 Bloc 1
 Bloc 2
 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>	<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>Aggression 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>Aggression 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 l'incident (si vous avez déjà tenté de classer l'incident 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"/> Exigences dotales</p> <p><input type="checkbox"/> MGF/E <input type="checkbox"/> Préférence pour les fils</p>	<p>De l'argent, des biens, des avantages et/ou des services ont-ils été échangés en rapport avec cet incident* ? <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"/> Conscripton 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/soutien psychosocial _____</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> <p><input type="checkbox"/> Lieu sûr/refuge _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre acteur de l'aide humanitaire/au développement _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autres services publics _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p>	

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 ans <input type="checkbox"/> Inconnue et plus
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 localisation)				
<input type="checkbox"/> Fermier	<input type="checkbox"/> Commerçant / propriétaire d'entreprise	<input type="checkbox"/> Dignitaire religieux	<input type="checkbox"/> Employé d'un CBO	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Acteur armé non-étatique	<input type="checkbox"/> Enseignant	<input type="checkbox"/> Bénévole communautaire	<input type="checkbox"/> Sans emploi
<input type="checkbox"/> Fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Représentant des forces de sécurité	<input type="checkbox"/> Employé des Nations unies	<input type="checkbox"/> Travailleur de la santé	<input type="checkbox"/> Inconnue
<input type="checkbox"/> Policier	<input type="checkbox"/> Leader du camp ou de la communauté	<input type="checkbox"/> Employé d'une ONG		
<input type="checkbox"/> Soldat de l'armée				

5- Mesures prévues / mesures prises : toute mesure/activité relative à ce constat.
Qui vous a adressé ce/cette bénéficiaire ?*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Services de santé/médicaux | <input type="checkbox"/> Enseignant/responsable scolaire |
| <input type="checkbox"/> Services de suivi psychologique/de soutien psychosocial | <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 de l'aide humanitaire ou de l'aide au développement |
| <input type="checkbox"/> Programme de soutien 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 ?*
 Oui Non

Si non, pourquoi ?*

-
- Service assuré par votre organisme
-
-
- Services déjà assurés par un autre organisme
-
-
- Service inutile
-
-
- Renvoi décliné par le/la survivant(e)
-
-
- 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) :
Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers des services de santé / médicaux ?*
 Oui Non

Si non, pourquoi ?*

-
- Service assuré par votre organisme
-
-
- Services déjà assurés par un autre organisme
-
-
- Service inutile
-
-
- Renvoi décliné par le/la survivant(e)
-
-
- Service non disponible

Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir :
Nom et lieu :
**Consultation de suivi
Date et heure :**
Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :
Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers des services de soutien psychosocial ?*
 Oui Non

Si non, pourquoi ?*

-
- Service assuré par votre organisme
-
-
- Services déjà assurés par un autre organisme
-
-
- Service inutile
-
-
- Renvoi décliné par le/la survivant(e)
-
-
- 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) :
Le/la bénéficiaire souhaite-t-il/elle engager des poursuites en justice ?* Oui Non N'a pas encore décidé au moment de la déclaration des faits
Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers des services d'assistance juridique ?*
 Oui Non

Si non, pourquoi ?*

-
- Service assuré par votre organisme
-
-
- Services déjà assurés par un autre organisme
-
-
- Service inutile
-
-
- Renvoi décliné par le/la survivant(e)
-
-
- 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 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><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>

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