

Exemple de formulaire de référencement

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCEMENT

CONFIDENTIEL : Veuillez restreindre l'accès à ce document et le conserver en lieu sûr

Remarque : Veuillez partager des copies des formulaires de référencement remplis avec le survivant et l'organisme d'accueil et conserver une copie pour les dossiers internes et le suivi de l'organisation.

Agence référente	
Agence/org. :	Contact :
Téléphone :	Email :
Lieu	

Agence d'accueil	
Agence/org. :	Contact :
Téléphone :	Email :
Lieu	

Informations sur le survivant	
Nom :	Téléphone :
Adresse :	Âge :
Sexe	Nationalité :
Langue :	Numéro d'identification
Si le survivant est mineur (moins de 18 ans)	
Nom du tuteur principal :	Liens avec l'enfant :
Coordonnées du tuteur :	L'enfant est-il séparé ou non accompagné ? ☐ Oui ☐ Non
Le soignant est-il informé du référencement ? ☐ Oui ☐ Non (Si non, expliquez)	

Renseignements généraux/motif du référencement et services déjà fournis	
Le survivant a-t-il été informé du référencement ? ☐ Oui ☐ Non (Si non, expliquez ci-dessous)	Le survivant a-t-il été référé à une autre organisation ? c Oui ☐ Non (Si non, expliquez ci-dessous)

--

Services demandés		
☐ Services de santé mentale	☐ Services de protection	☐ Abri
☐ Soutien psychosocial	☐ Assistance juridique	☐ Assistance matérielle
☐ Services sociaux	☐ Éducation	☐ Nutrition
☐ Soins médicaux	☐ Appui aux moyens de subsistance	☐ Soutien aux enfants nés de l'exploitation et des abus sexuels
Veuillez expliquer les services demandés :		

Consentement à divulguer des informations. (Lire avec le survivant/tuteur et répondre à toutes les questions avant de signer ci-dessous. Signer au nom du survivant/tuteur si le consentement est donné verbalement et que le survivant/tuteur ne peut pas signer.)
Je, _____ (nom du survivant), comprends que le but du référencement et de la divulgation de ces informations à _____ (nom de l'agence d'accueil) est d'assurer la sécurité et la continuité des soins parmi les prestataires de services qui cherchent à servir le patient. Le prestataire de services, _____ (nom de l'agence référente), m'a clairement expliqué la procédure de référencement et a énuméré les informations exactes qui doivent être divulguées. En signant ce formulaire, j'autorise cet échange d'informations.
Signature de la partie responsable (survivant ou tuteur s'il s'agit d'un enfant) :
Date (JJ/MM/AA) :

Détails du référencement
Un contact ou d'autres restrictions ? ☐ Oui ☐ Non (Si non, expliquez ci-dessous)
Référencement délivré via : ☐ Téléphone (urgence uniquement) ☐ Email ☐ Électroniquement (par ex., App ou base de données) ☐ En personne
Suivi attendu via : ☐ Téléphone ☐ Email ☐ En personne. Par date (JJ/MM/AA) :
Les agences d'information conviennent d'échanger dans le cadre du suivi:

Nom et signature du destinataire :

Date de réception (JJ/MM/AA) :